República Oriental del Uruguay

ANALES
DE
LA UNIVERSIDAD

Entrega N.º 108

Administrador: JUAN M. SORÍN

AÑO 1920

MONTEVIDEO
TALLERES GRÁFICOS A. BARREIRO Y RAMOS
Barreiro & Cía, Sucesores
Calle Bartolomé Mitre número 1467
1920

ANALES DE LA UNIVERSIDAD

AÑO XXX | MONTEVIDEO — 1920 | ENTREGA - N.º 108

NOTAS ANATÓMICAS

(2.ª SERIE)

POR EL Dr. LORENZO MÉROLA

Profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria

En más de una ocasión he oído a mis alumnos manifestar el deseo de obtener algunas de mis publicaciones, relacionadas generalmente con temas de curso de Medicina Operatoria.

Respondiendo a ese deseo he solicitado de la benevolencia de nuestro Decano, el doctor Ricaldoni, que intercediera ante el Honorable Consejo con el fin de obtener la reimpresión en folleto único de ese material, un tanto disperso.

Por mi parte tengo que agradecer la resolución favorable; por lo que puedo ofrecer a mis discípulos, y porque además realiza la legítima aspiración de ver más de cerca la posibilidad de difundirse alguna de las ideas que son sin duda el resultado de un esfuerzo personal relativamente grande.

En nuestras publicaciones, no hemos emprendido el desarrollo completo de ningún asunto; para nosotros sería tarea sumamente difícil, y para mí personalmente imposible. En la obra de cada uno aparecen la capacidad y el carácter: mi capacidad la contienen totalmente estos escritos, no va más allá, y el que nada tenga que aprender, que se entretenga si quiere en conocerme. Sospecho que lo que yo publico, lo mismo que

la enseñanza que hago al frente de mi clase, debe tener algo de personal, y lo sospecho por la razón siguiente: mi punto de partida es una duda frente a lo generalmente consagrado, duda que puede nacer, en algunos casos, de deficiencias propias de mi mentalidad, y en otros de que sea la situación natural para cualquiera. Aceptemos, que para la ciencia misma. Ahora bien, solucionar la duda implica, ya sea encontrar una novedad o ya sea por lo menos, en el caso más desfavorable, realizar una manera de esfuerzo, frente a lo que se ha presentado como difícil.

Es en ese sentido que afirmo la seguridad de novedad en lo que escribo, ofrezco a la apreciación una modalidad propia.

Por eso también quiero hacer presente que encuentro en los capítulos aparentemente sin relación de este folleto, una cierta ilación, sino en los temas mismos en el trabajo realizado. Observando debidamente puede notarse que lo que se desarrolla en un punto ha sido ya en parte esbozado anteriormente.

Pero esta afirmación no puede ser general para todo lo contenido. Tal vez se justifique recordar aquí, que tratando el tema "apendicectomía difíciles" se encuentra algo de lo que será después "Vías sintéticas del flaco", en este tema "el acceso del tórax" y la "fosa frénica" se encontrará de acuerdo con el capricho de mi modesto pensamiento. Por último diré, que el conjunto de los trabajos abarca la totalidad del estudio del tejido celular del abdomen.

Tengo en mi poder algunos juicios de los trabajos que me son particularmente apreciados y quiero honrarme en recordarlos.

EL TEJIDO CELULAR PERITONEAL

El asunto que usted trata es de gran interés, estimo hacerle presente que sus ideas son tema obligado de mi clase, y las hago conocer a mis alumnos.

Avelino Gutiérrez.

VÍAS QUIRÚRGICAS SINTÉTICAS

Me satisface coincidir con usted en la concepción quirúrgica sintética de la Anatomía Topográfica.

Haré un aparte a sus ideas en mi próxima edición.

Robert Picqué.

Y otra también de Picqué. *Por la claridad y el espíritu práctico la anatomía es amable, así nos comprendemos.*

Diré también algo que no quiero que escape a los que lean este trabajo:

EN APENDICECTOMÍAS DIFÍCILES hemos constatado hechos de indiscutible realidad que prueban mis observaciones posteriores. Insinuamos ampliamente conocer impresiones de otros, lo que sería muy útil y no lo hemos conseguido.

EN VÍAS SINTÉTICAS tenemos evidenciadas las ventajas de nuestra tendencia por fracasos ajenos que nos

son conocidos, y los fracasos seguirán hasta que no se proponga algo mejor.

La incisión toraco-abdominal resuelve definitivamente la vía operatoria de las heridas del mismo nombre y pertenece al tipo de incisiones que franquean resueltamente el reborde toráxico, no sabemos por qué hasta ahora tan respetada.

Y finalmente, cada libro germina en la mente de los que lo leen de distinta manera. Y quien sabe sino contaré con el gran placer de haber sido más útil de lo que pudiera sospechar.

Actualmente Quenú y Schwartz, han publicado como propias las ideas contenidas en este trabajo (1).

LORENZO MÉROLA.

---

(1) *Paris Medical* N.o 8 — Año 1920

Tejido celular pelvisubperitoneal

DEFINICIÓN

La cavidad pelviana, se sabe, está cerrada inferiormente, por un piso sólido, constituído por el músculo elevador del ano, en continuidad atrás con el isquiocoxígeo, recubiertos por la aponeurosis pelviana superior (diafragma pelvianosuperior), atrás se encuentra el músculo piramidal, que recubre la misma aponeurosis.

Adelante, en el espacio que queda libre entre los bordes internos del elevador, cierran la pelvis los distintos elementos del diafragma pelviano accesorio.

Los órganos contenidos en la excavación, recto, vejiga, vesículas seminales, útero, vagina, están recubiertos por el peritoneo en sus partes más altas, pero la serosa los abandona un poco por arriba del punto en que los órganos atraviesan el piso pelviano, de modo que entre la serosa y la aponeurosis del elevador queda un espacio, que contiene además de los órganos citados, abundante cantidad de tejido celular y fibroso, en contacto con la túnica muscular de los órganos; vasos y nervios que llegan a ellos, bañados en el tejido celular en cuestión, y que representa, en definitiva un ancho meso desprovisto de peritoneo, si se me permite la expresión.

Diremos más. De las distintas capas que constituyen los órganos pelvianos, la capa mucosa va a establecer su continuidad con la piel; la capa serosa los abandona para continuarse con el peritoneo, pelviano, pelviano primero y parietal. después. Queda la capa músculocelular: ésta se fija por una parte a los elementos del piso pelviano, en el momento en que los órganos lo atraviesan; por otra parte, abandona fibras que van a fijarse a las paredes óseas y se mezclan con las vainas vasculares y el tejido celular pelviano, originando formaciones que han despertado largamente la atención de los anatomistas.

Su estudio, complicado y difícil, que no tiene todavía sanción definitiva, al decir de los mismos, es el que va a ocupar nuestra atención. Está contenido en el espacio pelvisubperitoneal, con denominación de Testut que preferimos a la de Richet. Este autor llama a los espacios que separan el músculo elevador del ano: pelvirectal superior, y pelvirectal inferior. La primera puede conservarse, aunque representando una parte limitada del espacio pelvisubperitoneal, a la segunda debe preferirse la denominación de Farabeuf, espacio isquioanal.

INTRODUCCIÓN

Como primer paso quiero dejar constancia del alcance que doy a esta publicación.

Sin dejar de presentar alguna opinión personal nacida de las lecturas y disecciones, reunir más bien las distintas opiniones, en sus puntos más exactos para hacerlos comprensibles a los alumnos. De ninguna manera, sellar con una opinión definitiva este estudio, en el que han fracasado los anatomistas más distinguidos.

El asunto ha pasado en su concepción, distintas oscilaciones. Las observaciones de Farabeuf, tienen el sello de su temperamento, concepción simple, sintética, su descripción es de indiscutible exactitud, pero por haber sido algo incompletas, los trabajos ulteriores tienen tendencia a olvidarlo; no trato con esto de sentar cuestiones de prioridad, por de pronto no nos consta, de donde Farabeuf tomó datos para su concepción, si le debe todo o parte a Jarjavay, en cambio, parece más fácil ver que algunos anatomistas posteriores ven y ponen nombre distinto a formaciones bien descritas por el gran maestro.

Otros anatomistas, con distinto temperamento, más analíticos, llevando como fin explicar determinadas localizaciones purulentas pelvianas (prevesicales, prerrectales, del ligamento ancho), o que llevan atención especial en el estudio de un órgano, olvidando tal vez, un poco los otros; nos hacen conocer con más exactitud algunas de las formaciones que describiremos.

Por último, Rieffel, en un estudio muy completo, al que hay que recurrir para conocer el asunto in extenso, con tendencia nuevamente sintética, termina el ciclo de este estudio — lo termina, para nosotros, que somos discípulos de sus escritos. Sin embargo, hay que recordar que Rieffel se dirige, sobre todo, a estudiar los medios de fijación del útero.

Testut, describiendo las distintas localizaciones de los focos purulentos pelvianos siguiendo a Ombredane, parece sentar alguna divergencia con la descripción de Rieffel, que entendemos nosotros puede ser más aparente que real, y que tal vez me sea posible poner en claro en esta descripción, en la que utilizaremos los datos que nos parezcan exactos de cada uno de estos autores.

ROL DE LAS FORMACIONES PELVISUBPERITONEALES

Los autores han atribuído importancia más o menos fundamental a algunas de esas formaciones en la suspensión del útero. Por turno, el ligamento ancho; ligamento redondo; útero vaginosacro, son considerados como más importantes; cada uno recibe la negativa de algún anatomista notable. Por mi parte, sin querer tomar un puesto en torneo de tal altura, me limito a creer que el útero, como todo órgano en equilibrio, recibe el suyo de una convergencia de factores, en que todos hasta el más mínimo, ponen su contribución hasta el propio peso del útero y su estructura íntima y el piso pelviano como órgano de contención. La caída del útero será por lo tanto la consecuencia de un trastorno X, nacido en cualquier punto. Naturalmente, que lo difícil es descubrirlo, pero como en definitiva todo el sistema se desarmoniza, el tratamiento, que es lo importante, no puede variar fundamentalmente; con todo, sin entrar mayormente en discusión, voy a insistir sobre el rol del ligamento úterovaginosacro.

Farabeuf le atribuye una gran importancia. Es, en efecto, muy resistente, se fija ampliamente a la vagina (fondo de saco posterior), haciendo tracción en la dirección de su eje. Cuando es sólido, normal, podemos decir, mantiene la parte

superior de la vagina que está por arriba del músculo elevador del ano en plena cavidad pelviana. La parte alta de la vagina sufre las mismas variaciones de presión que la cavidad abdominal, el aumento de presión que pueda tender a la caída del útero, será neutralizada por el aumento de aplicación de las paredes vaginales que impide la caída. En las condiciones normales, tendencia a la caída del útero por hiperpresión abdominal, imposibilidad de caer por el aumento de aplicación de las paredes vaginales y por hipertensión de los ligamentos, son fuerzas neutralizadas. Así concibo, por mi parte, la estática del útero y la acción del ligamento; para este último desgraciadamente no puede darse la prueba experimental de su reconstrucción, porque no es, al parecer, posible restablecerlo en su función por una operación que le sea directamente dirigida.

ORIGEN

No menos discusiones alcanzan al origen de las formaciones subperitoneales. Cúneo, por una parte. Denonvilliers, por otra, atribuyen el origen de dos formaciones, a la fusión de hojas peritoneales. Denonvilliers, encuentra que la hoja que lleva su nombre, resulta de la disminución progresiva de abajo arriba del fondo de saco rectovesical, por fusión peritoneal como en las hojas de Told. Esta concepción, sin embargo, es discutida por Küs, por lo menos en la manera de practicarse el acolamiento.

Cúneo considera que la aponeurosis ombílicoprevesical tiene un origen parecido, a expensas del mesocisto primitivo. La hipótesis de Cúneo, contraria, por otra parte, a otras concepciones, es aceptada por gran número de anatomistas, pero tiene en su contra un fuerte argumento: Se conoce el caso de Ancel, citado por Testut, en que, a pesar de la persistencia del mesocisto primitivo, la aponeurosis ombílicoprevesical, continúa existiendo; se comprende que, en ese caso, la fusión del mesocisto daría origen a una hoja distinta de la aponeurosis ombílico prevesical, y, en definitiva, se asemejaría la disposición,

a la que se presenta en la cara anterior del riñón, en que existen dos hojas: la hoja de Told, derivada de la fusión peritoneal, y la hoja de Zuckerkand.

Las mismas dudas se presentan, si se pretende explicar no ya el origen de una formación, sino el de la totalidad de las formaciones pelvisubperitoneales vistas en conjunto.

Anticiparemos una manera de encarar ese conjunto, y algunas opiniones, sin perjuicio de traer otras en el curso de nuestra descripción.

Tocante a descripciones del conjunto, podemos retener la de Freund. " El tejido celular condensado alrededor del cuello uterino, sobre todo, al nivel del istmo, como un cilindro del que irradian fibras dirigidas afuera, adelante y atrás, formando el parametrio de los autores alemanes con un prolongamiento anterior (parametrium anterior) y otro posterior (parametrium posterior), concepción simpática a los ginecólogos alemanes. Es esta una buena manera de mirar el conjunto, conviene tenerla presente, aunque hay que tratar de ver algo más en la pelvis, ya que esa concepción se dirige demasiado particularmente al útero.

Pero, ¿de dónde derivan esas condensaciones; es del fascia endopelviano? Son condensaciones autónomas? Cuestiones dudosas.

¿Cuál es el origen de la llamada vaina hipogástrica?

Para Delbet, está formada por la aponeurosis sacrorrectogenital: adelante, por la ombílicovesical; arriba, por la convergencia de las dos hojas; abajo, por la aponeurosis perineal superior. Para Rieffel, está formada por tejido celular modificado de los vasos uterinos y vaginales que se encuentran con la aponeurosis anterior y posterior del ligamento ancho.

DESCRIPCIÓN

Cualquiera que sea la idea que se tenga del conjunto célulovascular considerado en su totalidad; ampliamente sintetizado con Rieffel u otros autores, no es menos cierto que algunas de las formaciones están perfectamente estudiadas, y

son perfectamente disecables, mucho más disecables, por cierto, que las hipótesis, y digo esto porque algunas veces me ha parecido que los alumnos las quisieran encontrar entre los órganos que disecan.

Es el estudio de las formaciones, que va a ocupar nuestra atención, en primer término. Tomaremos gran parte, a los libros que manejamos corrientemente, eligiendo entre los que nos ofrezcan conveniencia y juzgaremos algunos datos al pasar. Describiremos, después, las logias pelvianas aclarando algunos puntos oscuros y trataremos de alcanzar, por último, el conjunto de la disposición, sin hacer teoría, sino más bien de cómo se presenta en la práctica.

Comenzaremos por describir la *aponeurosis perineal superior.* — Siguiendo a Delbet: la cara superior del músculo elevador del ano y del isquio coxígeo están recubiertos por una aponeurosis que se continúa con las aponeurosis del músculo piramidal y de la porción pelviana del músculo obturador interno. El conjunto de estas aponeurosis es la aponeurosis perineal superior. Para su estudio se consideran: una circunferencia, un borde interno, una cara superior y una cara inferior.

Circunferencia. — Se inserta en la cara posterior del pubis confundiéndose con los ligamentos pubovesicales, se dirige afuera; al nivel del canal subpulviano forma una gotera a los vasos obturadores; sigue después la cara interna del ilíaco hasta la gran escotadura ciática. Desde esta inserción se dirige a la sínfisis sacroilíaca y al primer agujero sacro, circunscribiendo con la escotadura la gotera de los vasos glúteos.

Borde interno. — Va desde el pubis al primer agujero sacro. En el sacro se inserta a lo largo de los agujeros, después sigue las mismas inserciones que el músculo elevador al nivel del coxis y al rafe anocoxígeo, continuándose con la del lado opuesto. Al nivel del recto se pierde sobre el tejido celular que recubre el intestino, desdoblándose en dos hojas: una va hacia arriba adelgazándose, la otra hacia abajo colocada entre los esfínteres, donde puede ser notada. Delante del recto llega al núcleo fibroso del periné, después cruza la aponeurosis prós-

tatoperitoneal, después al nivel de la vejiga se conduce de igual manera que con relación al recto; se desdobla en dos hojas: una va hacia arriba confundiéndose con la vaina allantoidea, la inferior desciende sobre las paredes laterales de la próstata; por último, en la parte más anterior, se confunde con los músculos puvobesicales formando el techo del espacio que llena el plexus de Santorini.

Al señalar la opinión de Delbet que hace desdoblar la aponeurosis, y continuar con la vaina del recto y de la vejiga, no lo hacemos con la intención de adherirnos a su modo de pensar. Sobre punto tan delicado, no nos alcanzan las fuerzas para juzgar con fundamento, aunque nos permitimos dudar que las de Delbet le alcancen para imponerla definitivamente. Anotaremos más adelante opiniones distintas, vertidas por autores no menos eminentes.

Cara inferior. — Recubre los músculos, pero al nivel del piramidal recubre los nervios del plexus sacro que están delante del músculo. En ese punto separa los nervios del plexus sacro de los vasos hipogástricos.

Por su *cara superior* responde a los órganos contenidos en la escavación y al tejido celular pelviperitoneal con las formaciones que más adelante describiremos. Por ahora recordaremos que esta aponeurosis vista por su cara superior disecada, presenta tres espesamientos: uno adelante, es el llamado *arcus tendineus;* otro, responde al pequeño ligamento sacrociático; el tercero sigue el borde anterior de la escotadura ciática hasta la espina; es la *bandeleta isquiática,* refuerzo aponeurótico que Delbet compara al repliegue de Allan Burns, porque detrás de ella, sobre el piramidal la aponeurosis es muy delgada y deja ver por transparencia los nervios, razón por la cual se pone de manifiesto la bandeleta.

Para apreciar la importancia de la bandeleta, hay que ponerla de relieve, disecando un poco el tejido celular que la recubre, que es adherente a esa formación.

Mucho más simple resulta, ponerse frente al *arcus tendineus,* basta arrancar con la mano el peritoneo pelviano, para estar frente a esa formación. Sin embargo, los autores hacen dis-

tinguir dos formaciones: una, llamada arcus tendineus obturatorio, que responde a la inserción del músculo elevador; la otra, es el arcus tendineus faciepelvis que Farabeuf describe así:

"Esta banda de tejido fibroso aplicada sobre las inserciones del elevador, parece, a primera vista, ir desde la parte baja del cuerpo del pubis a la espina ciática; pero como es muy ancha en su origen pubiano, muchos de sus fascículos van menos lejos, y se detienen en las caras laterales de la próstata, al cuello de la vejiga y a la vagina en la mujer. Nace debajo del medio de la cara posterior del pubis por haces yuxtapuestos separados por orificios vasculares; sus haces largos siguen las paredes de la excavación, parecen adherir a la aponeurosis del obturador, siguen hacia atrás y parecen dividirse para ir, por una parte: a reforzar la aponeurosis del isquiocoxígeo; la otra, se fija a la escotadura ciática contorneando el borde posterior del músculo obturador interno. Conviene señalar de paso que el arcus tendineus, oculta, aunque deja ver por transparencia, las venas vesicales y que una lámina aponeurótica dependiente de la aponeurosis del elevador, separa la vejiga de la base de la próstata".

Las formaciones descritas, plica isquiática y arcus tendineus, tienen especial interés, porque representan los puntos de fijación más importantes de algunas formaciones subperitoneales. La aponeurosis ombílicoprevesical, se fija fuertemente a la parte interna (músculos pubovesicales) y a la parte externa del arcus, al nivel de la escotadura ciática, sobre el refuerzo que el arcus envía a la aponeurosis del obturador. Su fijación es menor, muy débil, a la parte media del arcus, detalle importante sobre el que tenemos que insistir más adelante.

La plica isquiática, es la parte de la aponeurosis perineal en que más se fija el tejido celular de la vaina hipogástrica y a partir de la plica isquiática, hasta el rafé anocoxígeo, la fijación de la vaina hipogástrica a la aponeurosis del elevador es menor, muy débil, detalle importante a retener como el anterior, y sobre el cual insistiremos

APONEUROSIS ENDOPELVIANA

Fascia endopelviana de Rieffel. — Con esta denominación, se comprende, más bien que una formación especial, el conjunto de las formaciones subperitoneales. Pretendiendo atribuir a esas formaciones un origen común, las comprenden en un nombre común. Es necesario estar puesto en guardia para no caer en confusión.

Para algunos autores, la aponeurosis perineal superior partiendo de las paredes laterales de la pelvis, se dirige hacia adentro a las vísceras y se desdobla en dos hojas: una sigue la cara superior del músculo elevador del ano, la otra, que podría llamarse fascia endopelviana, es la que, al llegar a las vísceras, se desdobla de nuevo, dirigiéndose hacia abajo, acompañando los órganos que buscan salir de la excavación, y reflejándose hacia arriba hasta el peritoneo. (Hemos visto ya que Delbet, dá esa disposición, no a la fascia endopelviana, sino a la aponeurosis del elevador).

Para Rieffel: " La aponeurosis del elevador y del piramidal, separan los nervios y *los vasos parietales* de los vasos viscerales; entre ella y el peritóneo, una lámina de espesor y resistencia desigual celulosa o fibrosa, según los puntos, que se relaciona con los vasos y las vísceras, que sube o baja siguiéndolos. Adhiere íntimamente, adelante al arcus tendineus, atrás al sacro, de modo que parece partir de estos puntos, pero no es más que una apariencia. Esta lámina, que se llama aponeurosis, no es una verdadera aponeurosis muscular".

"Se debe: en parte, a *fusión de hojas peritoneales;* en parte a condensaciones subperitoneales. Se llama por partes ligamentos pubovesicales; aponeurosis ombílicoprevesical, vaina hipogástrica, aponeurosis sacro recto genital, responde a lo que se describe como porción visceral de la fascia pelvis o a la " fascia endopelviana ".

Dice Rieffel, " se debe en parte, a fusión de hojas peritoneales " y nombra a la aponeurosis ombílicoprevesical. ¿Acaso es seguro ese origen? Nombra, después, "la vaina hipogás-

trica''. De este modo, limita el valor de esta última formación. Veremos, en seguida que Farabeuf, tiene de la ''vaina hipogástrica'' una concepción más amplia, que con él, absorbe en su favor la fascia endopelviana.

VAINA HIPOGÁSTRICA

Dice Farabeuf: '' Una ley general quiere que todos los órganos estén rodeados por una vaina conjuntiva, más o menos condensada, más o menos fibrosa, según las regiones. La arteria hipogástrica tiene dos clases de ramas; parietales y viscerales: las porciones intrapelvianas de las ramas parietales, pueden ser aplicadas a la pared por una lámina adherente a los elementos fibrosos subyacentes: periosto, aponeurosis, ligamentos. La misma disposición no puede repetirse para las ramas viscerales, porque las vísceras móviles, que se dilatan y estrechan, movilizan las extremidades internas de sus pedículos vasculares''.

''En un extremo de un bote inmóvil, atado por el otro extremo a la orilla, apoyad el pie; la otra extremidad se levanta, y veréis emerger del agua, cargada de las hierbas que encuentre en la superficie — la amarra que antes quedaba debajo del agua''.

''Lo mismo pasa con los vasos de las vísceras móviles que están como tendidas de la víscera a la pared, levantando el tejido celular del fondo de la excavación, tejido celular de constitución diversa: en unos puntos, tela de araña; en otros, aponeurosis resistente. Al costado del sacro y coxis, es fuerte, confundida como está con la aponeurosis del piramidal. Al nivel de los vasos obturadores, es, en cambio, una tela celulosa''.

''De afuera adentro, decimos, el tejido celular se separa cada vez más de la aponeurosis del elevador, el lenvantamiento no es muy grande para los vasos hemorroidales medios que van casi al fondo de la ampolla rectal''.

''Pero la uterina y la aponeurosis ombílicoprevesical, originan un levantamiento muy marcado''.

''Para la uterina sobre la cuerda de la arteria que va del

útero a la pared, la aponeurosis hace un techo a 2 vertientes, la vertiente posterior se dirige al piso del elevador, se deja *levantar un poco por la hemorroidal media* y viene a insertarse sólidamente al sacro, dentro de los agujeros, y al coxis.

''Esta hoja acompaña los vasos hasta el cuello uterino y la vagina, es la vertiente sacrorrectogenital, o sacrorrectoprostática, cuya parte inferior es bastante fuerte para merecer el nombre de ligamento''.

''La otra vertiente vascular de la uterina, es anterior, cae adelante de los *vasos vaginales anteriores,* después sube detrás de las ramas *onbilicovesicales* y sobre la vejiga''.

''Más adelante, pasa por arriba del cordón de la umbilical, y forma, por último, la fascia transversalis celulosa''.

''Pero la tienda de la uterina no es tan alta como la de los vasos umbilicales. Por arriba de la uterina, en la parte alta del ligamento ancho, una hoja acompaña los vasos úteroovarianos (ligamento lumbo - ovariano) ''.

''Como se ve, los ligamentos úterovaginosacro, son formaciones fibrosas que dependen de la vaina hipogástrica; en cuanto a las fibras musculares que se describen en el repliegue de Douglas, son más bien úterorrectales y derivan de la musculatura del útero, del mismo modo que los ligamentos redondos''.

''Bajo la tienda fibrosa del pedículo uterino, hay numerosos nervios, arterias y venas, grasa y linfáticos; es esa tienda que constituye el ligamento ancho, tan amenudo patológico, como saben los cirujanos. El uréter perfora la cubierta cubrevasos en medio de las venas para pasar por debajo de la uterina''.

''En el hombre, detrás del levantamiento de la umbilical, la cubierta vascular gana casi directamente el sacro, cubriendo el pedículo genital, homólogo del ligamento ancho y el pedículo de la hemorroidal media''.

BASE DEL LIGAMENTO ANCHO

Su descripción queda comprendida en la de la vaina hipogástrica, y señalamos un espacio fácilmente despegable entre su base y la cara superior de la aponeurosis del elevador, limi-

tado por una fuerte adherencia, en el lado interno a los tabiques sacropubogenitales, si se aceptan como formación aislada, y al externo, donde es adherente, la hoja que cierra el espacio porque va a la arteria hipogástrica la que, como se sabe, tiene sus ramas parietales contenidas sobre la pared pelviana y allí la fusión tiene forzosamente que ser íntima.

La misma disposición existe para la parte media de la aponeurosis ombílicoprevesical, tienda de la umbilical, para la parte media de la vesículodiferencial, y para la parte media de la hemorroidal media, de modo que, en definitiva, existe por debajo de las diversas tiendas, entre ellas y la aponeurosis del elevador, una zona de débil adherencia fácilmente forzable, que permite que, un dedo entrando a la cavidad de Retzius pase debajo de la aponeurosis ombílicoprevesical, debajo del ligamento ancho o vesículodiferencial, debajo de la hemorroidal media hasta llegar a la logia retrorrectal, de la que después hablaremos.

FASCIA TRANVERSALIS CELULOSA

Puede ser recordada esta formación subperitoneal que completa hacia atrás la vaina de los rectos del abdomen, que partiendo de la arcada de Douglas a que la adhiere, desciende, pasando, según algunos autores, sobre la cara posterior del pubis para llegar hasta los ligamentos pubovesicales. En la parte media contrae relaciones con el adminiculum liniœ albœ, lateralmente con el ligamento de Gimbernat, más afuera con el orificio de los vasos femorales. Es cuanto podemos recordar de esta formación.

APONEUROSIS OMBÍLICO PREVESICAL

En apariencia, hoja única que aplica contra el peritoneo; hacia arriba, los vasos umbilicales y el uraco; hacia abajo la vejiga y los vasos umbilicales. Es, en realidad, formada por hojas múltiples, que es difícil separar en láminas continuas, pero que es útil dividir en: aponeurosis ombílicoprevesical y vaina allantoidea.

Aponeurosis ombílico prevesical. — Hoja triangular de vértice superior. La base se inserta en una línea curva cóncava hacia atrás; adelante sobre los músculos pubovesicales y la aponeurosis del elevador confundida con ellos; en los hiatus que presentan esas formaciones para el paso de las venas prevesicales, se pudiera hacer seguir a través de ellos para confundirse con la lámina preprostática, dato que conviene retener, sino para aceptarlo, para comprender las relaciones y la región.

Lateralmente, la base de la aponeurosis ombílicoprevesical, se dirige afuera hasta el borde anterior de la escotadura ilíaca. Los bordes laterales se fijan al peritoneo, en una línea situada por fuera de los vasos umbilicales que costean, también, hasta la escotadura; en la escotadura está, por lo tanto, el ángulo inferior (de cada lado).

Su cara anterior limita con la fascia transversalis celuloso, la cavidad de Retzius.

La cara posterior responde al peritoneo, sobre el cual se inserta, formando un bonete que contiene la vejiga, a la cual adhiere.

Vaina allantoidea. — Para algunos autores la vaina celulosa de la vejiga, depende en totalidad de una formación distinta, llamada vaina allantoide, que constituye una envoltura a los vasos umbilicales, siendo, en realidad un pliegue celuloso levantado por los vasos, llegando a la vejiga, se dividiría en dos hojas, una que pasaría por delante, en contacto con la aponeurosis ombílicoprevesical, la otra, por detrás, en contacto con el peritoneo. La base del hueco estaría cerrada por la aponeurosis pelviana.

Cabe colocar aquí la concepción de Gerard, él describe una *fascia* vesical; también llamada, dice: *vaina allantoidea* y formada por dos hojas; la anterior, es la aponeurosis ombílicoprevesical, la posterior suprarretrovesical, sería la hoja allantoidea; está recubierta por el peritoneo; como se ve, es una opinión intermediaria a las otras dos.

Diremos, antes de terminar, que la cara posterior de la aponeurosis ombílicoprevesical, no es tan fácilmente disecable

como la cara anterior. Es que la cara posterior en cuestión se confunde atrás con la vaina hipogástrica de la que es inseparable. Tal vez es mejor no describir la cara posterior sino en sus partes altas. En su parte inferior, la cara posterior es más bien superior, y está en continuidad con la cara superior de las otras tiendas de la hipogástrica; se explica así que Petit confunda las formaciones con el nombre de aponeurosis ombílicopelviana.

Esta multiplicidad de hojas arroja frecuentemente confusión en el alumno y la razón es fácil, desde que se trata de formaciones imposibles de separar en la disección. Prácticamente hay una hoja única bien disecable, la aponeurosis ombílicoprevesical y, además, un tejido celular que completa la vaina celulosa de la vejiga. Que ese tejido celular tenga el valor anatómico de una hoja individualizada, repetimos, es cuestión de doctrina, en la disección no existe. Si se acepta a la aponeurosis ombílicoprevesical como derivada del mesocisto primitivo por fusión de hojas, con Cúneo y Veau, esta hoja sería independiente de la vaina hipogástrica y la conexión con esta vaina se establecería por la vaina allantoidea. Pero la teoría de Cúneo y Veau, tiene un fuerte argumento en su contra. La observación de Ancel, en que existe el mesocisto no fusionado, con existencia de aponeurosis ombílicoprevesical, en ese caso habría que relacionar la aponeurosis ombílicoprevesical a la vaina hipogástrica.

Para nosotros, nos basta con presentar las divergencias que, por otra parte, es casi cuanto por el momento se puede saber.

APONEUROSIS DE DENONVILLERS

Es una lámina tendida entre la próstata y el recto.

Simple, abajo donde se termina sobre la cara superior de la aponeurosis media. Se aplica íntimamente a la cara posterior de la próstata, sólo flojamente adherente al recto, por una lámina celulosa, que hace posible la separación fácil del recto y la próstata, en su logia (espacio decolable). Los bordes laterales son contiguos a la aponeurosis del elevador, y más arriba a la cara posterior de la aponeurosis ombílicoprevesical, de-

jando pasaje para las arterias y venas vesículodeferenciales. Ponemos de relieve de este modo, la relación entre la cara posterior de la aponeurosis ombílicoprevesical y la parte de vaina hipogástrica que acompaña los vasos deferenciales.

En la base de la próstata, la aponeurosis de Denonvillieers se desdobla para envainar la porción terminal de los deferentes y las vesículas, en dos hojas, una anterior que se confunde hacia arriba con la envoltura celulosa de la vejiga, parte suprarretrovesical. Otra hoja prerrectal se dirige hacia arriba, hasta el fondo de saco intervesículo rectal.

La aponeurosis de Denonvilliers: detrás de la próstata, envainando las vesículas, relacionada a los costados con la aponeurosis ombílicoprevesical, conteniendo los vasos deferenciales y en conexión, por lo tanto, con la vaina hipogástrica representa, en pequeño, el ligamento ancho de la mujer y puede considerarse homóloga.

Láminas laterales del recto. — (Ombredane). — Con este nombre, aisla el autor una formación celulosa dispuesta a la manera de un tabique transversal que va desde la arteria hipogástrica hasta la pared lateral del recto donde se confunde con la túnica celulosa de este órgano. Estos tabiques laterales, encierran los vasos hemorroides medios. Tienen por función impedir los movimientos de lateralidad del recto. Por eso, Jonnesco las llama ligamentos laterales del recto.

Para Ombredane, existe, además, otra hoja de fijación que, saliendo de la hipogástrica se dirigiría atrás para tomar inserción en los agujeros sacros; esta hoja, conjuntamente con las láminas laterales del recto, limitarían lateralmente el espacio retrorrectal que recordaremos más adelante.

Las formaciones descriptas por Ombredane, existen, indudablemente y pueden ser fácilmente encontradas en la disección, pero hay que tener presente, que son, en definitiva, porciones aisladas de la vaina hipogástrica ya descrita, porciones que el autor aisla para tomar en cuenta especialmente, las conexiones y su función con relación al recto. El mismo Ombredanne afirma, que su descripción es superponible a la de Delbet que pongo a continuación.

APONEUROSIS SACRORRECTOGENITAL

Delbet, describe una aponeurosis con este nombre. Trascribimos de Rieffel: "Nace sobre el sacro, al nivel del segundo y tercer agujero, de allí se dirige adelante y viene a fijarse, en parte, sobre el recto, en parte, sobre el útero y la vagina". "Parece ser la misma formación que Jarjavay describe como aponeurosis posterior del ligamento ancho. Es, en definitiva, la tienda posterior de ese ligamento, dependencia de la vaina hipogástrica".

Comprende, además, la descripción de Delbet, el ligamento úterosacro, que para Farabeuf, en su parte muscular, es más bien úterorrectal. Está comprendido en el espesor, del de los repliegues de Douglas; hay que recordar que por su cara externa se confunde con la vaina hipogástrica, y, si esa formación existe, es restándola de esa vaina o mejor dicho, aislándola y además, no puede ser considerada como distinta de la formación descrita por Ombredane, ya citada, que sería la parte posterior del ligamento que tratamos.

La formación descrita por Delbet existe en el hombre en el espesor de los repliegues de Douglas.

El estudio de los ligamentos úterosacros, nos lleva a recordar los úterolumbares, ligamentos lumboovarianos; haz de fibras musculares que remontan a la pared lumbar, reforzando los elementos del pedículo vascular del ovario; algunas fibras van a la trompa (ligamento infundíbulopelviano).

APONEUROSIS LATERALES DE LA PRÓSTATA

Las aponeurosis laterales de la próstata son consideradas corrientemente como una dependencia de la aponeurosis del elevador; no es más, dicen, que la zona inferior un poco modificada en su estructura. De forma cuadrilátera, se inserta adelante sobre el cuerpo del pubis, atrás, sobre la pared lateral del recto, de ahí el nombre de aponeurosis puborrectal, que le dan algunos anatomistas; el borde inferior, responde a la

aponeurosis perineal media; su borde superior, responde a la aponeurosis del elevador, y está unida a la del lado opuesto, delante de la vejiga por el ligamento pubovesical.

Para Ombredane, es un error considerar las aponeurosis laterales de la próstata como una dependencia de la aponeurosis del elevador. Según él, deben considerarse como láminas vasculares. Entre ellas y el elevador, habría, además, un espacio, verdadero prolongamiento anterior del espacio pelvirrectal superior de Richet. La concepción de este autor debe ser aceptada, a nuestro entender.

APONEUROSIS PUBOSACRO - RECTOGENITALES

La formación que algunos autores describen con ese nombre, es formada a expensas de la aponeurosis que acabamos de describir, y a la que se agregan, en la parte posterior, elementos aislados de la vaina hipogástrica, de su porción en contacto con la pared lateral del recto. Es preciso, por tanto, tener presente, que si bien es cierto que puede aislarse esa formación, lo es con elementos que pueden pertenecer a la vaina del recto, a los alerones de Ombredane, al sacro genital de Delbet. Por eso creemos conveniente hacer notar que todas las formaciones descritas por los autores, pueden ser encontradas cuando se las busca aisladamente, con prescindencia de las otras, pero no podrían aislarse todas en el mismo sujeto; así que la existencia de algunas depende, podría decirse, del plan seguido en la disección por el autor que la describe.

VAINAS VISCERALES

Se describe a cada órgano pelviano una vaina celulosa, comenzaremos por la:

Vaina del recto. — Tomamos la descripción de Jonnesco, Debajo del fondo del saco de Douglas la vaina envuelve completamente al recto. Por arriba del Douglas, recubre solamente las partes no revestidas de peritoneo; en ese punto, en lugar de un cilindro es una gotera abierta hacia adelante que

aumenta progresivamente, a medida que disminuye, también progresivamente, la envoltura peritoneal del órgano. En total, es un cilindro cuya parte superior está cortada en pico de flauta.

La vagina, — tiene una vaina célulovascular que se describe como túnica celulosa en relación directa con la vaina vascular de las ramas de la hipogástrica.

El útero—no puede tener una envoltura parecida al recto y la vagina, por el hecho de que es un órgano que remonta a la cavidad pelviana, casi totalmente revestido de peritoneo que le es, por otra parte, muy adherente. El cuello, en cambio, órgano de colocación subperitoneal, está rodeado por una hoja celulosa, en continuidad con la vaina vaginal y relacionada con el tejido celular de la base del ligamento ancho.

Vejiga, — se describe como una envoltura celulosa representada por la vaina allantoidea, sea sola o sea si se considera como formación completamente distinta, representada en su parte anterior por la aponeurosis ombílicoprevesical.

La próstata — tiene una túnica propia celulosa. Además, sus envolturas se condensan particularmente para formar las láminas periprostáticas ya descritas. Logia prostática. Formada lateralmente por las aponeurosis laterales; adelante, lámina preprostática; atrás, Denonvilliers.

Las vesículas seminales y la ampolla de los canales deferentes, tienen una envoltura celulosa dependiente de la aponeurosis de Denonvilliers.

Origen de las vainas viscerales. — En el curso de nuestra descripción hemos señalado la opinión de Delbet, que hace derivar las vainas viscerales de la aponeurosis del elevador, por desdoblamiento de su borde interno. La de Rieffel, que las considera derivadas de la fascia endopelviana. Para Farabeuf, serían, en gran parte, formadas por la expansión sobre los órganos del tejido celular que acompaña las ramas viscerales de la hipogástrica. ¡Yo estoy con el más fuerte!

La afirmación de Farabeuf es, por lo menos, de fácil constatación práctica.

ESPACIOS PELVISUBPERITONEALES

Las distintas hojas celulares y aponeuróticas, están dispuestas de tal modo que limitan entre sí, y con las paredes pelvianas y viscerales, espacios y celdas, cuyo conocimiento, es, como se sabe, de gran interés quirúrgico. La región es frecuentemente asiento de supuraciones, que si bien pueden extenderse a la totalidad del tejido pelvisubperitoneal, en las infecciones muy virulentas, constituyendo la celulitis pelviana difusa; pueden, cuando la infección no es tan grande, quedar acantonadas en las distintas celdas que vamos a pasar en rápida revista.

Recordaremos, después, los caminos de fácil difusión y diremos, desde ya que los espacios que tratamos no son cavidades reales, sino cuando están ocupados por alguna colección. Fuera de esos casos, los constituyen un tejido celular muy flojo que permite la separación de sus paredes.

Describiremos también la foseta prevesical que puede ser útil tener presente.

Foseta prevesical.—Delante de la próstata puede describirse esta foseta limitada: arriba, por los músculos pubovesicales; abajo, por la aponeurosis media del periné (ligamento transverso de la pelvis de Henle) ; atrás, por la lámina prepostática, que puede ser considerada como continuada hacia arriba a través de los músculos pubovesicales, con la aponeurosis ombílicoprevesical; adelante al pubis. Aloja el plexus de Santorini.

Espacio prevesical (cavidad de Retzius). — Limitada adelante por la fascia transversalis; hacia abajo, por los músculos pubovesicales, en su parte media, lateralmente por la aponeurosis del elevador, atrás por la aponeurosis ombílicoprevesical. Por no ser extensos, limitamos su descripción a esos datos.

Robles, en su tesis defiende la existencia de flegmones prevesicales y colocados detrás de la cavidad de Retzius, entre la vejiga y la aponeurosis prevesical.

Espacio retrovesical. — Entre la cara posterior de la vaina de la vejiga y la cara anterior de la vaina de las vesículas seminales, casi desaparecido en el hombre, éste y el siguiente, grandes en la mujer, que contienen el cuello del útero y la base de los ligamentos anchos, de que hablaremos después.

Espacio prerrectal.—Está limitada, hacia atrás, por el recto y su vaina célulovascular; adelante, por la vaina celulosa de las vesículas seminales.

Espacio retrorrectal. — De mayor extensión que el espacio prerrectal, está limitado: atrás, por la cara anterior del sacro, en la zona comprendida entre las dos hileras de agujeros; adelante, por la pared posterior del recto tapizada por su vaina celulosa. Las paredes laterales, dice Ombredane, "están representadas a derecha e izquierda, por un ángulo diedro abierto hacia adentro, en el vértice del cual se ve la arteria hipogástrica, y de cuyas dos hojas célulofibrosas constitutivas una se dirige adelante sobre la parte lateral del recto (contiene los vasos hemorroidales medios), la otra hoja se inserta en el sacro (contiene las arterias sacrolateral, iliolumbar, y ramas del plexus sacro). Cuando el recto es tirado hacia adelante, las dos hojas del biombo se colocan en línea recta, formando un solo tabique sagital, si se le deja tomar su lugar, las hojas se pliegan poniéndose en contacto por sus caras internas.

Estos tabiques laterales, son resistentes en la parte superior, pero en su parte inferior, pueden ser fácilmente forzados por la presión de un dedo, pasando por debajo de la lámina anterior que contiene la hemorroidal media, detalle que conviene retener.

Espacio láterorrectal. — Separa el recto de las paredes laterales de la excavación pelviana; como colocación corresponde a lo que puede llamarse espacio pelvirrectal superior de Richet, dando a esta denominación un sentido limitado, comprendiendo la parte láterorrectal, solamente, y reservando el nombre de pelvisubperitoneal para la totalidad de los espacios.

Al decir de Testut, el espacio láterorrectal está limitado, del lado interno, por el recto y la vaina hipogástrica. De modo que

las ramas viscerales: uterina, ombilical y obturatriz, estarían por dentro. Yo creo que esa manera de encararlo, origina confusión, y si puede aceptarse esa colocación, es para una prolongación del espacio, más que del espacio mismo. En realidad, la vaina hipogástrica, no puede estar toda hacia adentro de la celda, porque como acompaña las ramas viscerales de la arteria, y hay continuidad entre el tejido que las envuelve (vaina hipogástrica) y el que envuelve las ramas parietales, que son más externas, no puede haber espacio entre las dos clases de ramas. Si existe, es más adelante, entre la uterina y ombilical por una parte y la obturatriz con la pared pelviana por otra parte; pero sólo llega a ese punto pasando debajo de las ramas arteriales viscerales; es más bien una comunicación que se establece por ese punto.

Nos resulta más claro, limitar el espacio láterorrectal de este modo: adentro, por la pared rectal, y su envoltura, que puede aceptarse, deriva de la vaina hipogástrica (pero la parte de vaina en contacto con el recto, no la vaina en su totalidad), abajo y afuera con la aponeurosis del músculo elevador; hacia arriba, por la vaina hipogástrica, es en efecto, debajo de la vaina que está el espacio. Puede decirse, debajo de la tienda de la hemorroidal, de la misma manera que el espacio de la base del ligamento ancho está debajo de la tienda de la uterina.

La manera de concebir el espacio láterorrectal, debe ser precisada, por eso insistimos. Los autores cuando dicen que el flegmón láterorrectal envuelve los elementos vasculares de la vaina hipogástrica, originan cierta confusión. Tal vez esa disposición corresponda a los casos en que existe difusión del flegmón, no a las colecciones limitadas; voy a explicar:

Se comprende, que entre el espacio láterorrectal y la vaina hipogástrica, exista la misma relación que entre la cavidad de Retzius y la aponeurosis ombílicoprevesical. La cavidad de Retzius, puede contener un absceso, la aponeurosis ombílicoprevesical que contiene la arteria ombilical puede limitarlo. Del mismo modo hay un espacio láterorrectal, en la base de la tienda de la hemorroidal, que puede contener un absceso, pero

la tienda que contiene la hemorroidal (vaina hipogástrica), sólo puede limitarlo. Si ella misma forma parte del absceso, es que hay difusión; pero entonces no se trata de cavidad preexistente. Ahora bien: el espacio láterorrectal existe: *un tejido celular flojo,* permite la separación entre la vaina hipogástrica y la aponeurosis del elevador, en la parte lateral del recto. Comunica ampliamente: hacia afuera por debajo de las ramas primero, y por fuera después, hasta la fosa ilíaca, (más lejos que los vasos obturadores) ; adelante, con el espacio láteroprostático, prolongamiento anterior; atrás con el espacio retrorrectal, aunque esta última comunicación no es franca, los separa un tabique fuerte, en las partes altas, pero débil en su parte más inferior.

Base del ligamento ancho. — (Espacio láterovaginal). — De modo parecido puede aceptarse un espacio en la base del ligamento ancho, donde puede establecerse una colección purulenta limitada, entre las dos vertientes de la tienda de la uterina que la forman, y la aponeurosis del elevador. Es una colección láterovaginal como la anteriormente citada es láterorrectal. Por lo tanto existe un tabique entre la base y la parte alta del ligamento ancho. Algunos autores llaman flegmones de ligamento ancho, solamente a los que se desarrollan en la parte alta, los otros serían flegmones pelvisubperitoneales, agregaremos nosotros: *láterovaginocervicales.*

Comunicaciones de los espacios. — Cada espacio saca su interés de que puede ser asiento de una colección limitada, pero hay que tener presente que no se trata de cavidades completamente cerradas; de modo que la difusión de los abscesos puede hacerse siguiendo las comunicaciones que presentan los espacios entre sí, aun en los casos de infecciones poco virulentas.

Hablaremos de las más importantes.

Cavidad de Retzius. — Comunica hacia afuera por arriba del pubis, por continuidad del tejido subperitoneal, con el espacio de Bogros, hacia la región inguinal, en el mismo punto que puede aparecer la vejiga cuando tiene tendencia a her-

niarse, hacia la fosa ilíaca, acercándose al ciego y apéndice, a la derecha, y a la izquierda, al asa ilíaca; este hecho explica la posibilidad de un flegmón prevesical de origen apendicular o sigmoideo. Prevesical, no confundir con los pelvianos intraperitoneales.

Hacia abajo, un absceso puede extenderse pasando por el punto de débil adherencia de la aponeurosis ombilicoprevesical con la aponeurosis del elevador, hasta el espacio pelvirrectal superior e inversamente.

Los flegmones del ligamento ancho (de la base), pueden propagarse por continuidad de tejido celular; adelante, a la vaina perivesical, atrás, a la vaina perirrectal.

El espacio retrorrectal, es bastante bien circunscrito. Las colecciones pueden extenderse hacia arriba, a lo largo del mesorrecto. Pueden invadir el espacio láterorrectal.

Espacio láterorrectal. — Sus comunicaciones pueden hacerse: adelante, por su prolongamiento anterior, láteroprostático hasta la cavidad de Retzius; atrás, al espacio retrorrectal; lateralmente, a las fosas ilíacas, a la región glútea y a través del elevador, al espacio pelvirrectal inferior (isquioanal).

Próstata. — Las paredes laterales de la próstata, reposan a través de las láminas sobre el músculo elevador. Entre el músculo y las láminas laterales hay un prolongamiento del espacio pelvirrectal superior, que puede ser invadido, pero a través de las láminas por una colección prostática. Estas invaden, además, la cavidad de Retzius y el espacio retrovesical.

Del conjunto celular. — Antes de terminar, queremos señalar una particularidad de la manera de presentarse la región, conjuntamente con la manera que debe seguirse en la disección para obtenerla. No tratamos de hacer teoría, sino constatar un hecho de fácil observación.

Practicando un corte mediano, de una pelvis, o mejor un poco lateralizado para que queden completas la vejiga y el recto. Por el hecho del corte, quedarán abiertos el espacio prevesical y el retrorrectal, y en condiciones de ser estudiados.

Es muy fácil entrar a lo que queda de cavidad de Retzius, en la mitad destinada al estudio. Se despega fácilmente con un instrumento liso la aponeurosis ombílicoprevesical, hacia atrás, que arrastra consigo la vejiga. Podrán, entonces, observarse las siguientes particularidades de inserción de su borde inferior, de gran interés. En la parte media adhiere a los músculos pubovesicales y a la aponeurosis del elevador confundida con ellos. En la parte externa de su borde inferior, al nivel del ángulo inferior, se establese una gran fusión con la aponeurosis del elevador y del obturador interno, cosa perfectamente explicable porque a ese nivel la aponeurosis ombílicoprevesical, recibe la arteria ombilical. Ahora bien; la ombilical que nace de la hipogástrica, tiene relaciones íntimas con las ramas parietales de esa arteria y como esas ramas están colocadas en la pared, y tienen que atravesar la aponeurosis para llegar a su destino, se establece una gran fijación en la hoja que contiene la ombilical.

En la parte del borde inferior, colocada entre la parte media y el ángulo externo, la fijación sobre la aponeurosis del elevador, no es tan fuerte, al punto que algunos autores niegan la adherencia. En ese punto, la cavidad de Retzius, comunicaría con las regiones subperitoneales más posteriores. En todo caso, si la fijación existe es muy débil y puede ser muy fácilmente vencida con la presión de un dedo, que caería, de ese modo, en el prolongamiento láteroprostático y láterorrectal, de lo que es fácil convencerse por el tacto.

Por el hecho del corte, también queda abierto el espacio retrorrectal. Llevando el recto hacia adelante, el espacio se abre más, y tenemos frente el tabique lateral, del espacio retrorrectal, el otro tabique lo ha llevado el corte. Si estudiamos el tabique en cuestión, lo notamos fuerte en las partes altas, resiste a las mayores presiones, adhiere atrás el sacro, adelante, al recto pero en su parte inferior, al nivel del coxis y del rafe, ano coxígeo, haciendo un poco de presión cede y se puede, por lo tanto, pasar al espacio láterorrectal. El paso se hace entre el recto y su vaina adentro, la aponeurosis del elevador abajo y afuera y la vaina hipogástrica arriba.

La disposición de ese tabique resulta así semejante a la de la aponeurosis ombílicoprevesical, y, en definitiva: si un dedo colocado en la cavidad de Retzius, quiere dirigirse hacia atrás, encuentra un pasaje en la zona de adherencia débil de la aponeurosis ombílicoprevesical; otro dedo colocado en el espacio retrorrectal, si quiere dirigirse adelante, puede pasar por el punto débil del tabique rectosacro, después pasa por debajo de la tienda de la hemorroidal (espacio lácterorrectal), y por debajo de la tienda de la uterina en la mujer, para encontrar el dedo colocado en la cavidad de Retzius.

Además, llevando atrás la vejiga, y el recto adelante, por agrandamiento de los espacios prevesical y retrorrectal y haciendo tracción sobre los órganos tomados juntos con una sola mano, se puede notar que quedan pediculados, por la totalidad del tejido celular pelvisubperitoneal, conteniendo todos los vasos viscerales, y recubierto de peritoneo en su parte superior. Con eso se adquiere el convencimiento que ese tejido y los vasos que contiene, representan el meso de las vísceras pelvianas.

Si después, se suprime el peritoneo, podría estudiarse mejor el tejido célulovascular restante.

Es el momento de adquirir una idea clara de ese bloc celular; es en ese pedículo que están contenidas todas las formaciones que ya estudiamos; es ese punto que hay que escudriñar a capricho por encontrar las zonas débiles, las conexiones fuertes, al sacro, a la aponeurosis del elevador, al arco aponeurótico (plica isquiática, punto importante de fijación de donde parecen irradiar fibras que envuelven los vasos, seguir el uréter, etc.). Decía, buscar a capricho; pero se puede también estudiar, siguiendo el plan y concepción de determinado autor de los citados Rieffel, Farabeuf, Delbet, Freund, y de algún otro que voy a recordar a continuación, podrán así alcanzar la verdad de esas descripciones que son sólo, en apariencia, distintas, la verdadera divergencia es relativa no tanto a su disposición, sinó más bien al origen que cada autor atribuye a las formaciones descritas.

Siguiendo a Petit, encontrarían, en el espacio pelvisubperi-

toneal, de arriba abajo: 1.°, un plano muscular, el músculo cutáneo peritoneal, emanación de la musculosa de los órganos; 2.°, un plano compuesto por las múltiples condensaciones, que hemos estudiado, y que llama aponeurosis ombílicopelviana; el nombre de esta formación, a esta altura de nuestra descripción, hace sospechar lo que el autor quiere significar. En este plano hace un estudio minucioso de las distintas formaciones que le relaciona, y esa minuciosidad es, tal vez, el único defecto del trabajo; porque las hojas que describe con el nombre de ínferorrectal, y láterorrectal, por ejemplo, son de una exactitud de observación, que resisten la comparación con las de cualquiera de las que impone la simpatía de los autores de grandes libros, que por su gran difusión, nos acostumbran a usar las denominaciones y modo de descripción que ellos prefieren; 3.°, un plano celular flojo, el fascie pelvis; a propósito de este tejido celular, pinta magistralmente las diferencias individuales, detalle del que se comprenderá fácilmente la importancia, y 4.°, la aponeurosis del elevador de ano. Con estos datos se tendrá idea del valor del trabajo de Petit; no hay que pretender encontrar en un momento todo lo que él observó en tres años.

Puede observarse que Petit, ve, en las formaciones fibrocelulares una lámina horizontal, por lo menos, en su porción pelviana. Rieffel, encuentra la misma disposición en su "Ap endopelviana". Farabeuf, una lámina casi horizontal, pero con levantamientos en forma de tiendas. Otros ven, más bien, un conjunto de tabiques más o menos transversales. Creemos que esos conceptos derivan, en gran parte, del modo de estudio. En efecto; si practicamos una disección de pelvis, en la que los órganos pelvianos están aplastados y retraídos contra el piso disecando el peritoneo, es fácil ver una lámina horizontal; en cambio las vísceras distendidas, levantando el tejido celular a que adhieren, tenderán a formar tabiques. Partamos del concepto de Farabeuf de un ligamento ancho con dos vertientes: hagamos tracción sobre el fondo del útero hacia arriba, el tabique se pronuncia más, las caras aumentan su orientación respectiva, adelante y atrás. Suprimamos la tracción, la tienda se aplasta y se hace horizontal.

Ombredane, relaciona la disposición del tejido celular pelviano a una disposición que generaliza a todo el organismo: las láminas vasculares. Láminas vasculares son hojas fibroconjuntivas que contienen los vasos y nervios primero, y después, el órgano en que los vasos se ramifican. Dice: nosotros hemos pensado que es tiempo ya de comprender en una descripción de conjunto, todas las láminas tan bien estudiadas, individualmente, ahora que creemos conocer la ley que rige sus trayectos y superposiciones. Es la siguiente existe, bajo el peritoneo del abdomen y la pelvis, una lámina fibrovascular, hoja fibroconjuntiva que contiene los vasos en su espesor, que emite una vaina secundaria, cada vez que la arteria emite una serie de ramas en un plano distinto del plano de ramificación principal; y emitiendo una vaina visceral, cuando la rama que da la arteria van a envolver un órgano.

Conociendo sus fudamentos se impone la descripción que puede seguirlos.

Acepta una lámina vascular parietal que contiene el tronco principal de la hipogástrica y sus ramas parietales; además, derivan de ella dos tabiques sagitales, uno destinado al recto que lo envuelve para formar la vaina, a la que acepta la descripción de Jonnesco, sin estar, como se comprende, de acuerdo con este autor sobre el origen. Otro tabique anterior afectaría igual disposición con relación a la vejiga. En el embrión existiría un tercer tabique vesículo diferencial.

Las láminas laterales del recto han sido descritas. Los autores no parecen seguirlo en su lámina vesical.

Con él, la vaina hipogástrica, no es ya la tienda de las ramas viscerales de Farabeuf, es una lámina vascular de dos hojas echada sobre los vasos, dos hojas de las cuales una es muy fuerte, la otra, muy débil.

Su juicio se hace repitiendo sus propias palabras aludiendo a Farabeuf:

" Aquí también hemos podido constatar la exactitud de sus concienzudas descripciones ". " Es, pues, únicamente la interpretación del valor morfológico de estas hojas, lo que creemos poder aportar ".

Habíamos pediculizado la totalidad del mesovisceral, para apreciarlo en conjunto, o para analizarlo, y hemos dicho que se puede, por medio de un dedo, crear una separación semiartificial entre las formaciones condensadas subperitoneales y la aponeurosis del elevador, utilizando la existencia de un tejido celular flojo, entre ellas. Vamos a señalar otra manera de apreciarlo. Se puede repetir la maniobra de despejamiento simultáneamente de los dos lados, entrando al espacio retrorrectal a expensas de un volet sacro, el dedo derecho e izquierdo, que entran a ese espacio avanzando lateralmente, contornean las vísceras pelvianas y llegan a tocarse en la cavidad de Retzins.

Los que hayan tenido ocasión de practicar o ver practicar, la extirpación perineal del recto, en el cadáver o in vivo, podrán recordar, que después de cortar el elevador del ano, la pared lateral del recto se presenta lisa y parece querer salir espontáneamente al exterior; es solamente más arriba, que puede notarse la resistencia que resulta de la unión de su vaina, con las hojas condensadas de la pelvis. En ese momento, el que sabe donde se halla puede tomar el partido de disecar por dentro de la vaina o cortar el bloc célulofibrovascular.

El hecho que señalamos de la hernia del recto al través de la herida muscular, explica la posibilidad del despejamiento que hemos descrito.

Entre los datos y opiniones que hemos acumulado, tiene que haber lugar para un último de Farabeuf.

SOBRE LA LUXACIÓN TEMPORARIA DEL BORDE LIBRE DEL SACRO POR LA VÍA SACRA DE KRASKE

Un poco de anatomía, dice Farabeuf: "La parte posterior del fondo de la excavación tiene, como paredes: los isquiones, los ligamentos sacrociáticos, con los ligamentos sacrociáticos el sacro y el coxis protegidos por los músculos piramidales y el obturador interno.

A este *pourtour*, se inserta el piso muscular formado por el isquiocoxígeo y el elevador del ano.

Este piso muscular atravesado por dos orificios, el intestinal

y el génito urinario, soporta la ampolla rectal, el cuello de la vejiga y el útero.

Los vasos hipogástricos y sus ramas, así como el ureter descienden aplicados por la delgada aponeurosis que los recubre, a la aponeurosis fuerte que aplica el músculo obturador al cuerpo del isquión.

Llegados al piso muscular los vasos levantan su cubierta aponeurótica, y remontan juntos sobre las caras laterales de las vísceras a que están destinados.

De manera, que cuando se arranca el peritoneo pelviano con la hoja muscular lisa que lo acompaña, los vasos no quedan en descubierto.

Una aponeurosis filamentosa, débil aquí, fuerte allí, lo cubre y tiene aplicado a las paredes y al fondo de la excavación, es la aponeurosis vascular, cuya parte posterior lleva el nombre de aponeurosis de Jarjavay (Farabeuf se refiere a la vaina hipogástrica).

Se pone bien de manifiesto desprendiéndola con los dedos, sobre las partes posterolaterales, en el sitio en que están en medio de grasa abundante, los nervios, las arterias y enormes venas hipogástricas, es una hoja que tiene los órganos en contacto con la aponeurosis del piramidal y del obturador interno.

Atrás, así como el piramidal y su envoltura, y el isquiocoxígeo con el ligamento sacroespinoso, no desborda la línea de los agujeros sacros, en la que se inserta.

De suerte, que después de haber dividido el sacro en dos *volets*, por un corte de sierra mediano, o casi mediano, si se separan, cada uno llevará consigo la cubierta que le aplica interiormente la grasa, los vasos sacro'aterales, las hemorroidales, etc., os encontraréis en el tejido subperitoneal; nada os separa del recto y del cu 'llo uterino situado delante ''.

Conviene agregar aquí que el pasaje hacia el útero, hay que buscarlo, después de lo que nosotros sabemos, entre las fibras musculares del recto y su envoltura célulovascular de Jonnesco, por una parte y por otra, la vaina hipogástrica y la aponeurosis del elevador.

'' Al contrario, que vuestra sierra divida el hueso fuera de

los agujeros sacros, el fragmento sacro no arrastra nada, se aisla sólo, si entráis a la excavación, estaréis perdidos en medio de la grasa, de las arterias de los nervios anastomosados en red sólida, el todo atravesado por el ureter; para llegar a vuestro fin, cuello uterino, estáis obligados a evitar esos escollos, salir de ese plexus complejo y frágil, desgarrar la cubierta aponeurótica, y con eso, todo es fácil''.

En conclusión, diremos:

Hemos querido reunir las descripciones más o menos dispersas en los tratados, de las formaciones celulares, de la pelvis, y alrededor de las cuales existe confusión. Por una parte, dudas, en cuanto a su origen y rol; dificultades de comprensión casi fatales, dadas las múltiples descripciones y la complejidad propia de la región; sentamos diferencias de interpretación, amenudo, más aparentes que reales, haciendo la crítica a nuestro alcance. Prescindiendo de la hipótesis, tratamos de poner un poco de claridad, en la apreciación del conjunto, aconsejando maniobras especiales de disección. Con ellas, si se quiere, hemos encontrado al concepto morfológico de Ombredane, del meso pelviano bilateral, una demostración práctica, pediculizando las vísceras pelvianas, por la totalidad del tejido celular que las envuelve.

Pusimos, además, de relieve la existencia de un espacio anular, que rodea los órganos, y que formamos por la unión de los espacios: prevesical, láterovagino o próstato rectales, y retrorrectal; que si bien separan los tabiques célulofibrosos, tienen, en algunos puntos comunicación fácil, que nos permite apreciarlo de ese modo.

¡Si lo conseguimos! ¿Qué vale aclarar un concepto anatómico? Creemos que no existe verdad anatómica que no tenga, pronto o tarde, una aplicación práctica. Nuestra concepción nos ha auxiliado en la extirpación perineal del recto. El vaciamiento pelviano por cáncer del útero (operación de Wertheim), ofrece dificultades bien conocidas. Buscar alguna manera de facilitar las maniobras, puede ser un campo de estudio para el futuro. (1)

(1) En la actualidad (1920) ese estudio ha sido realizado. Buenos Aires. 1915.

Dos operados de extirpación del recto

He querido presentar dos enfermos operados de cáncer por extirpación del recto. Por lo menos en uno creo que se trata de esta afección; en el otro hay plena confirmación, porque se ha hecho el examen completo. Me parece que hay algunos interesados en ver a los enfermos, y por eso los he hecho venir, y, además, creo que se desea conocer qué clase de intervención es la que se ha practicado, cosa que yo trataré de satisfacer en este momento.

El primero de los enfermos tiene un ano contra natura terminal. Fué operado en dos tiempos. Por la primera intervención se estableció el ano al mismo tiempo que se hizo una exploración de la altura a que llegaba el neoplasma por la cavidad adbominal. Desbordaba frente al fondo del saco del peritoneo anterior, invadía parte de la asa sigmoidea. Con esa intervención se demostró la necesidad de la extirpación combinada abdómino - peritoneal, que hicimos por una incisión mediana, protegiendo en lo posible la herida del ano ya establecida en un primer tiempo.

Nada de particular podría decir de cómo se ha hecho la extirpación en el tiempo abdominal, y sí, tal vez, en el tiempo perineal, donde me parece que algunos detalles anatómicos pueden facilitar extremadamente el cumplimiento de ese tiempo.

Si se hablase de tiempo, me parece que es invertir mucho en un neoplasma un poco complicado, con peri - rectitis, que hace difícil la extirpación, doce a quince minutos, y me parece que el secreto estaría en un concepto especial de la disposición anatómica del recto, estudiado sobre todo en las relaciones entre el recto y su vaina y las conexiones de esa vaina hipogástrica. En definitiva, las relaciones del recto con el tejido celular pelviano.

Encarado así, resulta que se puede pensar que de abajo a arriba hay cuatro planos que atravesar: El primero cutáneo,

que establece su continuidad con la mucosa; después de cerrado el intestino, si se procede por vía perineal, hay que hacer una sección de la piel en el tejido celular subcutáneo. El segundo, un plano muscular, que es el elevador, en continuidad con la musculatura del recto. Ahora por arriba del elevador hay una noción que me parece fundamental de tenerse en cuenta: hay encima de ese músculo un plano representado por un tejido celular muy flojo: se cae en él, una vez seccionado el músculo, y se despega rápidamente hasta ponerse en contacto con la cara inferior de la vaina hipo - gástrica, al través de la cual el recto se hernia en la herida.

De manera que por arriba del elevador y por abajo de la vaina hipogástrica, hay un tejido flojo: el despegamiento se hace muy rápidamente y el secreto de la extirpación está en no perderse en ese momento. Si se deja guiar el operador por la cara inferior de esa vaina, se va fácilmente a la escotadura ilíaca de cada lado. Hay que perforarla, por lo tanto, para pasar a su cara superior y ese sería el tercer plano trasversal, que del lado del intestino corresponde la vaina fibrosa. De manera que hay continuidad entre la vaina hipogástrica y la celulosa del intestino. Y cuarto plano, el plano peritoneal, representado por el peritoneo del intestino, que se refleja sobre la cavidad pelviana. De manera que de abajo a arriba están la piel, músculo elevador, vaina hipogástrica y peritoneo pelviano. Con esta particularidad, si en lugar de proceder, como decía, de abajo a arriba en la extirpación, la iniciáramos de arriba a abajo, hay que empezar en el primer tiempo por seccionar el peritoneo, sección más o menos circular, o en raqueta, si se tiene en cuenta el mesorrecto.

Después de hecha esta sección, se cae en contacto con la vaina hipogástrica, de arriba a abajo; pero esta vez la tendencia natural en el campo operatorio y llevado por el mismo tejido es a meterse en la luz del intestino. Así como la vaina fibrosa por su cara inferior conduce a la escotadura ilíaca, por su cara superior conduce a la cavidad del recto.

De manera que hay planos de clivaje distintos que determinan la continuidad de la vaina hipogástrica con la fibrosa

del recto; por arriba él está entre la vaina hipogástrica y el recto, y por debajo, está entre la vaina hipogástrica y el elevador. Quiere decir que no se pueden seguir los planos de clivaje, no tienen continuidad de arriba a abajo. Siguiendo el plano de clivaje que está entre la envoltura celulosa del recto y el intestino, se cae en el intestino, porque la celulosa no permite la disección; hay que atravesarla, pues, y atravesarla en un círculo casi completo, y es precisamente en ese momento que se encuentra la arteria hemorroidal media, que es la que contiene esa hoja llamada la vaina hipogástrica.

De manera que yo entiendo que frente al enfermo que se está operando, el detalle de la descripción corriente de los libros que considera a la vaina hipogástrica, a los mesos del recto como dos láminas verticales fáciles de pinzar y que describe Quenú en su extirpación como tabiques del recto, debe ser precisado, si se quiere llevar una extirpación sin perderse en medio de ese tejido celular, ya muy espesado por la inflamación, complicando la disposición normal y que en definitiva en lugar de ser un tabique longitudinal es una hoja casi horizontal, un plano equivalente en extensión, se puede decir, al músculo elevador del ano, y hay que tener presente todo ese músculo celuloso para atraversarlo, y atravesarlo — hay que saber muy bien eso — con tijera o bisturí, con un instrumento cortante, y no con el dedo; el dedo lleva, si se va de abajo a arriba a la escotadura ilíaca, y si se va de arriba a abajo fatalmente — me parece a mí — a la cavidad del recto.

Ese, es el único punto sobre el cual yo creo de interés insistir. Corresponde a algún estudio que he hecho de la anatomía pelviana.

Así fué conducida la extirpación en los dos enfermos que presento. Esas extirpaciones confirman la descripción que yo anteriormente había hecho de ese tejido celular pelviano. En el campo operatorio me encontré que realmente existía esa disposición.

El otro enfermo que presento está operado por una vía distinta. Tenía un neoplasma más limitado de la ampolla rectal: seis o siete centímetros por arriba del ano. Lo abordé por la vía de Kraske. Nos convencimos de que era posible hacer la sección del cabo superior que descendía fácilmente y pudimos respetar el esfinter. De manera que seccionamos el recto dos o tres centímetros por arriba del ano en la sección inferior En definitiva, la resección fué hecha así: sección inferior, dos o tres centímetros por arriba del ano; sección superior, no sé exactamente cuánto, seis, siete u ocho centímetros. La pieza siempre se acorta una vez extirpada. En el campo operatorio es mucho más largo; correspondería más o menos al nivel del fondo del saco peritoneal. Entonces el muñón inferior, muy pequeño, no nos daba lugar para hacer una verdadera sutura local con doble plano. Resolvimos invaginar el segmento superior en el inferior (Hocheneg). Esa sutura se mantuvo bien en la mayor parte de su extensión, pero cedió en la parte posterior, en que el recto se retrajo, no sé si por defecto de la sutura o porque los puntos hayan cedido — no lo sabría bien — y ha dejado una pequeña fístula al nivel de la sección de extirpación, cerca del coxis. Esa fístula se achica rápidamente. Su continencia progresa día a día, y aunque no es completa, el sujeto siente ya el momento de evacuación, le avisa, según su expresión.

Montevideo, 1916.

Quiste hidático del lóbulo frontal del cerebro
(Operación, curación)

El sujeto X, de 20 años de edad, vive en Toledo, localidad próxima a Montevideo, es el 5.º o 6.º ejemplar de una familia de 9 hermanos, fuertes, que trabajan en una chacra. Sus padres son sanos.

Ha pasado toda su infancia y hasta la enfermedad actual gozando de salud perfecta, sin enfermedades febriles, prolongadas. La sífilis y la tuberculosis no parecen existir ni en el enfermo ni en la familia. En sus antecedentes puede interesar un fuerte traumatismo recibido a los 5 años, que consistió en un bochazo sobre la región frontal izquierda, y del que no existen huellas.

Su enfermedad actual, consistía para la familia en convulsiones, que se iniciaron hace dos años y que aparecían con períodos de separación de 15 días, que lo sorprendían durante el trabajo, sin pérdida de conocimiento, sin mordedura de la lengua ni emisión de orinas, localizadas en el lado derecho, y que se iniciaban en la mano, invadiendo después el brazo, la cara y el miembro inferior. Pasado el ataque, el muchacho reiniciaba sus tareas, sin sentir otras molestias.

En Febrero de este año, los ataques aumentan de frecuencia, tres en una noche, y al día siguiente se inicia una pérdida de fuerzas del lado derecho, que aumenta progresivamente, hasta postrarlo. Los ataques redoblan su frecuencia, hasta pasar de 300 al día.

Los padres deciden llevarlo al Hospital Maciel, allí se le practica la punción lumbar; el líquido de reacción de Wassermann positiva, la sangre la da también. Se resuelve practicarle inyecciones de Salvarsán, sin resultado.

El cirujano consultado se abstiene de intervenir, respetando el resultado de la análisis, que anotamos.

Examen. — Vemos el enfermo los días 5 y 6 de Abril y constatamos:

Hemiplegia flácida completa del lado derecho.

Ataques de epilepsia Jacsoniana que se repiten con frecuencia terrible (cada 4 o 5 minutos, con un minuto de duración), se inician en el brazo e invaden rápidamente todo el lado paralizado.

En la región fronto - parietal izquierda notamos un levantamiento redondeado, liso, duro, sin límites precisos, sin salientes bruscas; da bien la impresión de ser causado por un tumor intracraneano, sospecha nacida ya por los síntomas que señalamos, y que el conjunto arraiga.

Durante el ataque, el enfermo desvía la cabeza y los ojos al lado derecho.

El tumor está colocado un poco por delante de la proyección craneana de la scisura de Rolando, obtenida por el esquema de Kronlein.

Tiene ligera exoftalmía doble.

Buscando otros síntomas de tumor encontramos:

Ausencia de trastornos intelectuales; el enfermo no ha sabido nunca leer. No tiene afasia, sino más bien disartria por la parálisis labial.

No tuvo vómitos, ni trastornos respiratorios, ni cardíacos.

No tiene vértigos.

Posteriormente hemos sabido que al examen del fondo del ojo, se observaba que la papila era normal.

No hicimos radiografías ni examen de la sangre (for. leuc.) ni reacción de Weinver del quiste hidático; doy estos datos con mi autorreproche.

Diagnóstico. — A pesar de faltar algunos signos, consideramos que el conjunto que el enfermo presenta y la manera progresiva de presentarse: Epilepsia sistemática, probablemente Rolándica, aparición de una parálisis de igual localización, exoftalmía, tumor prerrolándico, desviación conyugada de la cabeza y los ojos de centro localizado por algunos autores en el pie de la 2.ª circonvolución frontal, nos parecen bastantes

para hacer el diagnóstico no sólo de tumor, sino también de localización. Mentiríamos y sería pretensioso por otra parte, si pretendiéramos haber excluído las afecciones capaces de originar el cuadro que presentamos.

Nuestro rol de cirujano fué más modesto, pretendemos que la operación es el último medio de diagnóstico que podemos usar, manejándolo con prudencia. El colgajo craneano por su acción descompresiva, pudiera ser útil al enfermo. Krause, maestro de cirugía cerebral, somete su diagnóstico al contralor de un médico de la talla de Openheimm... y hemos sido más exigentes que los dos: que afirman que " toda epilepsia Jaksoniana debe ser objeto de operación ", cuando para proceder esperamos estar colocados en la siguiente situación.

Hace 2 meses que el enfermo presenta ataques que llegan a 400 por día. La ineficacia del tratamiento médico es completa, nada se obtiene con el bromuro, ni se obtiene con el Salvarsán a pesar de la reacción positiva del líquido céfalo - raquídeo. Como ese estado hace temer una terminación fatal próxima, proponemos la intervención, como única tentativa seria en favor de la vida del enfermo.

Operación. — Nuestra intención fué practicar un colgajo al nivel de la zona rolándica. Tallamos la piel en una zona que comprende en parte la tumefacción parietal que presentaba el enfermo.

Practicamos cuatro orificios con una fresa y notamos que el orificio que corresponde a la tumefacción muestra el hueso bastante adelgazado. Entonces sospechamos la existencia de un quiste; desistimos de hacer colgajo óseo, y agrandamos con un sacabocados el orificio antero - superior. Por esa brecha percibimos la ausencia de latidos de la dura madre, puncionamos y la punción nos da un líquido transparente. Dudamos que pudiera ser de un quiste hidático o líquido céfalo - raquídeo; con todo, cortamos la dura madre, estamos frente a las circunvoluciones cerebrales que no tienen latidos tampoco y cortamos por último 2 milímetros de espesor de sustancia cerebral con la que llegamos al quiste.

Extracción de membrana y drenaje terminando la operación.

Evolución. — Durante el día que fué operado el enfermo, presenta 15 o 20 ataques por hora, lo mismo la primera noche. A la mañana siguiente los ataques están separados por un período cada vez mayor, hasta que a las 9 y cuarto se obtiene, con gran satisfacción nuestra, la cesación completa de las convulsiones.

En los días siguientes regresan los fenómenos de parálisis de las piernas y brazos; después encontramos bien una acentuación en la parálisis del brazo, acentuación poco explicable hasta que 20 días después, encontramos la curación inundada de líquido, supusimos que pudiera ser un derrame céfalo - raquídeo, pero explorando la herida notamos en ella un aumento de profundidad (la sonda entra unos 10 centímetros). Introduciendo una gasa y sometiéndola a la torsión por medio de una pinza, extraemos la pared de una vesícula hidática que parece bastante grande, aplastada tiene no menos de 5 c. de largo. Sospechamos en este momento que la acentuación de las parálisis que hemos señalado pudieran ser debidas a la persistencia de esta u otras vesículas.

Día 7 de Mayo. — Punción lumbar. — Radioscopía. El examen radioscópico permite creer que no existen nuevas vesículas por la uniformidad de la sombra. Notamos, además, que una sonda acanalada introducida por la herida operatoria y que penetra en la extensión de 10 cms., se presenta cuando se mira de frente en la dirección de la fosa orbitaria derecha pasando francamente hacia abajo.

Día 9 de Mayo. — El enfermo nos dice que el día antes empezó a mover el brazo paralizado y hacer en nuestra presencia algunos movimientos de flexión; en los días siguientes los movimientos aumentan, y creemos en que la mejoría progresará, sin poder afirmar si llegará a ser completa. (1)

La reacción de Wassermann del líquido extraído por nosotros ha sido negativa.

---

(1) Actualmente el enfermo está completamente curado, dato que nos ha permitido dar el retardo en la publicación de esta observación. — Junio 30 de 1916. — Nota del Autor.

Documentos anatómicos y clínicos

Pancreatitis aguda y hemorrágica

POR

L. MÉROLA
Profesor de Anatomía Topográfica
y Medicina Operatoria, Sub-Director
del Instituto de Anatomía.

Y

E. LASNIER
Sub-Director del Instituto de
Anatomía Patologica.

OBSERVACIÓN

Se nos llama para ver un enfermo que acusa violentos dolores abdominales, localizados preferentemente en el abdomen superior y en la *región supra pubiana;* supresión de gases y materias; algunos vómitos. Refiere que anteriormente ha tenido ataques de dolores parecidos a los que sufre actualmente, que según el médico que lo asistía respondían a cólicos hepáticos. Ha tenido ictericia.

Examen. — Sujeto obeso, de 35 años. Mientras lo interrogamos, tomamos su pulso, que encontramos muy frecuente y debilísimo, su mano está helada, su expresión es de extrema angustia, sin sed, su lengua es húmeda, su respiración es entrecortada por quejidos y el enfermo apoya su mano libre sobre el vientre dilatado. Nosotros, perplejos, buscamos orientación frente a un cuadro que impresiona más que ningún otro por su extrema gravedad. A no existir su dolor abdominal creeríamos encontrarnos frente a un enfermo de angina de pecho.

Su abdomen, uniformemente distendido, parece encontrarse de una manera que podríamos llamar intermedia, entre la contractura de un perforado gástrico o duodenal y el timpanismo de una oclusión o de un peritoneal: tiene de la contractura una resistencia próxima a ella, pero próxima solamente, y del timpanismo la distensión, pero sin sonoridad acentuada, es submate. No existe tampoco timpanismo hepático.

El vientre duele a la palpación en toda su extensión; no hay predominancia marcada del dolor en el abdomen superior. Diremos, sin embargo, que este examen es hecho 36 horas después de iniciada la enfermedad; el médico que vió al enfermo en los primeros momentos encontró el dolor más intenso en la región hepática y epigástrica.

En síntesis: dolor uniforme, distensión submate y subcontractura.

¿Diagnóstico?—Pudimos creer en una peritonitis de causa x, pero chocan la falta de facies peritoneal, la lengua húmeda y la posición del enfermo algo en escorzo, plegado ligeramente sobre su vientre, que acaricia con las manos, aunque sin hundirlas en él.

Las fosas ilíacas no presentan diferencias, eso se aprecia bien con un poco de dificultad.

Un perforado gástrico o duodenal nos reclaman un poco la contractura férrea del abdomen y también la sequedad de la lengua.

Haremos presente que los síntomas que ahora quisiéramos dar como diferenciales estuvieron presentes en nuestro espíritu y nos chocaron, aunque no para llevarnos al diagnóstico que encabeza la observación. — Escribimos después de operar y autopsiar al sujeto, y nuestro diagnóstico, por los antecedentes del enfermo y la gravedad del cuadro, tendía a "colecistitis gangrenosa".

Operación — Incisión paralela al reborde costal derecho, como para abordar la vesícula, completada con una vertical sobre el borde externo del músculo recto. — Abierto el peritoneo sale abundante cantidad de líquido sero - hemático, buscamos la vesícula, que encontramos distendida y llena de un líquido parecido al que contiene el abdomen y que no parece bilis, la exploración da un cálculo que aparece único y que extraemos fácilmente. Entre tanto aparece el epliplón, en el que notamos de inmediato las lesiones características de la citoesteatonecrosis pancreática (véase la figura). — La palpación profunda demuestra un engrosamiento de la cabeza



FOTOGRAFÍA DEL PÁNCREAS ENFERMO

(El páncreas ha sido cortado longitudinalmente y abierto como un libro)

A Foco hemorrágico de la cabeza. — B Foco hemorrágico en la unión del cuerpo y de la cola — C Porciones de parénquima pancreático que conservan el aspecto lobular, separado por tabiques en los cuales se ven las manchas blancas lucientes de esteatonecrosis (D). — C Cabeza del páncreas: punteado hemorrágico y esteatonecrosis. — D' Foco de esteatonecrosis en medio de la parte hemorrágica. — D" Esteatonecrosis del tejido adiposo peripancreático.

del páncreas, muy fácilmente apreciable; llevamos un grueso tubo hasta ella, que queda como drenaje. Se hace el drenaje de la vesícula, y con esto termina la operación.

No pudimos practicar la dilaceración del páncreas, que hubiera sido mejor conducta, pero que nos la impidió la colocación de la herida, que practicamos muy grande, pero apesar de eso insuficiente, debido a la obesidad del sujeto. La gravedad del enfermo nos alejó la idea de hacer otra incisión mediana, para completar debidamente la operación. La incisión mediana, única, hubiera sido también insuficiente, ya que consideramos imprescindible el drenaje de la vesícula biliar.

Post. operación. — A la mañana siguiente, sabemos que el enfermo ha evacuado abundantes materias y gases. Por la cesación de los dolores, el enfermo acusa un gran bienestar, no sufre, se cree curado; pero está algo dispnéico (40 respiraciones por minuto); su mano helada y cianótica, su pulso es imperceptible; auscultando el corazón late con relativa lentitud (90 por minuto), con ritmo embriocárdico y tonos apagados. Mientras lo examinamos, el enfermo presenta una opresión creciente, su respiración es cada vez más rara, suspirosa, — por su facies se diría que desea dormir, — pero, con una pausa más larga de su respiración, todo termina. Es así que nos encontramos frente a lo que tan acertadamente llamó Dieulafoy "Drama pancreático".

ANÁLISIS DE LA PIEZA

Aspecto macroscópico. — Tamaño: el largo del páncreas es normal; el espesor está aumentado hasta el doble en la mitad caudal del cuerpo.

Practicado un corte según el mayor eje se ve que presenta dos focos hemorrágicos principales, de importancia desigual, según se puede comprobar en la fotografía: uno al nivel de la cabeza, irregular y de bordes difusos, y otro muy grande que ocupa todo el ancho del órgano en la porción terminal del cuerpo y en su unión con la cola.

Tienen ambos el mismo aspecto de un *coágulo,* que en ciertas

partes dejan ver los lobulillos glandulares comprimidos y teñidos por la sangre, pero en general la glándula no puede ser percibida.

En plena hemorragia y en sus bordes aparecen las manchas típicas, blancas, opacas como de estearina, unas alargadas como filamentos, otras redondas de tamaño variable, desde una cabeza de alfiler hasta el de una lenteja.

Entre los focos hemorrágicos, en la cabeza, cuerpo y cola, quedan aún, más o menos bien apreciables, algunos lobulillos glandulares, de los cuales unos se presentan macroscópicamente sanos y otros más o menos necrosados, turbios, opacos, de contornos poco perceptibles, con las características manchas blanquecinas de la esteatonecrosis, la que, en el tejido adiposo peripancreático, son muy abundantes, redondas y con un diámetro de 2 a 4 milímetros.

Aspecto microscópico. — El examen microscópico del páncreas, practicado en distintas regiones, nos muestra *lesiones múltiples y de intensidad variable, irregularmente diseminadas,* en todo el espesor del órgano.

En ciertas partes, donde macroscópicamente la glánduda conserva su aspecto normal, lobular, no se encuentran microscópicamente alteraciones importantes; pero, al lado de estas porciones de parénquima sano, se notan los focos de esteatonecrosis rodeados de leucocitos o congestiones capilares o pequeñas hemorragias periacinosas, sin alteraciones visibles de las células epiteliales glandulares. En otras partes, lindando con regiones de aspecto normal, se hallan uno o varios acini glandulares cuyas células se encuentran en necrosis de coagulación más o menos intensa, hasta llegar a tener, como en las regiones más atacadas, el aspecto de *sombras* o simples *impresiones* de células, acini, etc. Es en estas zonas más atacadas en las que se notan con toda su magnitud las hemorragias intensas que comprimen los fondos de saco glandulares y dislocan sus células, que desprendidas se ven en la luz acinosa, con degeneración grasa vacuolar o necrosis de coagulación La disposición normal de los elementos está tan profundamente modificada en su ordenación como en su estructura. En

los grandes focos hemorrágicos hay partes en que los glóbulos rojos y blancos se conservan y otras en que estos elementos han desaparecido y todo se ha fusionado formando una masa homogénea, uniformemente teñida por los colorantes.

En ciertos lugares, en medio de los coágulos, se observan los huecos en que se había producido la esteatonecrosis. En los bordes de las zonas hemorrágicas se ve infiltración leucocitaria, que no existe sino muy débil en las que presentan un comienzo de mortificación, como también en las paredes vasculares de las zonas próximas a las alteradas, y que falta *absolutamente* en aquellas cuyo aspecto es normal.

En otras partes, con pequeñas hemorragias o congestiones vasculares, se encuentran uno o muchos acini glandulares atacados de necrosis de coagulación, con todas las transiciones imaginables, desde el enturbamiento citoplásmico y desaparición de su contorno, hasta hacerse apenas visible, apareciendo como un *reflejo* débil y turbio de lo que fué; y las mismas cosas para el nucleo, que por grados sucesivos se ve llegar a la fusión de la cromatina, formando una mancha homogénea que se colora débilmente hasta ser imposible de colorar. Los islotes de Langerhans de las regiones atacadas han desaparecido igualmente; lo mismo el tejido conjuntivo periacinoso, lobular, sufre idénticas degeneraciones.

La necrosis de coagulación, las *hemorragias* y la *esteatonacrosis*, se encuentran o predominando una de ellas o diversamente combinadas entre sí; pero lo característico es la presencia de las tres alteraciones, variables de intensidad y de ubicación.

Montevideo, 1916.

Reconstitución de la pared en las hernias inguinales

Cuando concurría, las primeras veces, como estudiante, a las Salas de Cirugía, una de las operaciones que impresionaron más mi atención de novicio, fué la intervención de Basini en la cura radical de la hernia inguinal. Por de pronto, es tal vez, la operación que más frecuentemente se practica, y, por otra parte, por poco que se conozca la anatomía del canal inguinal, no se puede menos que quedar favorablemente impresionado, ante la perfecta o casi perfecta reconstitución de los planos anatómicos normales, que ofrece a la vista.

Esa impresión favorable se refuerza en adelante por el convencimiento de la rareza de las reproducciones, que la siguen, y que cuando se producen es más a menudo, debido a la impericia de los operadores que a la operación misma, y si no impericia, por lo menos descuido de parte de los operadores cuando son más competentes.

Con todo, los cirujanos, en su afán de nuevas adquisiciones han buscado otros procedimientos, y dos nuevos hacen camino, en competencia nada menos que con el de Basini que desde que fué descripto por su autor hasta hoy, sospecho habrá sido practicado más de un millón de veces!

Los éxitos de las operaciones no se cuentan en nuestra modesta esfera de cirujanos casi nuevos; la habremos practicado más de doscientas veces — dicen los libros del Hospital Italiano — y en la medida en que es posible conocer los resultados en la clientela del hospital, contamos con escasísimas reproducciones — en todo caso, lo sabrán mejor nuestros colegas, porque yo creo que es raro que el mismo cirujano opere las reproducciones de hernia de sus operados!

Y bien; a pesar de nuestros éxitos la lógica nos ha conducido a buscar un camino un poco distinto en la operación de la hernia. Busca el Basini, decimos, el restablecimiento per-

fecto de las condiciones normales — las otras operaciones, en cambio, buscan la cura de la hernia descuidando el restablecimiento perfecto. Persiguen más bien cambiar la disposición anatómica normal, por una vía distinta, variable, como se sabe, para el Postempski y para el Ferrari - Forgue.

Diremos en qué consisten, lo más sumariamente posible:

La disección y ligadura del saco, es tiempo común, a los tres procedimientos; las diferencias residen en la manera de reconstituir las paredes del canal inguinal.

Basini, reconstituye primero la pared posterior a expensas de la arcada crural y el tendón conjoint; el cordón conserva su colocación normal, y el gran oblicuo formará la pared anterior. El resultado final se asemeja completamente a la disposición anatómica normal.

En el Ferrari - Forgue, la reconstitución se hace colocando el cordón en el tejido celular subperitoneal, hasta el borde superior del pubis, punto en que se hace superficial atravesando la doble pared inguinal, pared que tiene, una vez la operación terminada, una colocación prefunicular.

En el Postempski, el cordón se coloca superficialmente, después de atravesar las dos paredes unidas del canal inguinal al nivel del punto más alto de éste. Las dos paredes en colocación retrofunicular y unidas, se utilizan en la reconstitución.

¿En qué condiciones las empleamos? Montaigne, sin ser médico decía que en medicina, la experiencia debe ocupar un lugar preferente a la razón. Si siguiéramos su consejo, indudablemente nadie debiera abandonar el Basini, por los resultados que ha dado, pero en nuestra conducta, en los últimos tiempos hemos llegado a creer, basados en la lógica, que los otros procedimientos deben entrar en la práctica, y he aquí en qué condiciones.

El fundamento de nuestro proceder, consiste en adaptar, creemos nosotros, la operación a la variedad de hernias en lugar de aplicar el mismo procedimiento indistintamente a todas, como se ha hecho hasta ahora y como se hace a menudo.

Variamos nuestra conducta, según se trate de hernias voluminosas o pequeñas; y en este último caso, según que sean de variedad oblicua externa o directas. Se comprenderá que la

división no será siempre bien marcada, porque pueden existir casos de volumen medio, capaces de originar dudas, aunque son los menos, afortunadamente.

HERNIAS GRANDES (BASINI)

En las grandes hernias, tanto la pared anterior como la pared posterior han cedido, los sujetos las han llevado una enorme cantidad de años, para que la gran flacidez de las paredes haya tenido tiempo de constituirse — en el momento del examen es difícil saber a qué tipo de hernia correspondía en los primeros períodos. Si se trató de una hernia directa o una hernia oblicua externa cualquiera que sea, frente a esas grandes hernias en que todas las paredes han cedido, y en toda su extensión, aplicamos el procedimiento de Basini, que con la reconstitución anatómica del canal significa una verdadera válvula frente a la presión abdominal (como dicen los autores), porque refuerza las partes bajas a expensas de la pared posterior, y las partes altas a expensas de la pared anterior, aplicamos el procedimiento porque los otros en estos casos de hernias grandes, por la razón de que tienen que dar pasaje directo al cordón al través de toda pared, y como los elementos con que contamos para la reconstitución son débiles, creemos ventajosa la no correspondencia que crea el trayecto oblicuo que da el procedimiento de Basini.

HERNIA OBLICUA EXTERNA (FERRARI)

En la hernia congénita externa, la parte débil del canal corresponde al orificio interno al ligamento de Hesselbach, el saco de la hernia está representado por el canal vaginoperitoneal, saco dentro de la fibrosa común, las paredes del canal inguinal en estos casos son casi normales como fuerza a pesar de la existencia de la hernia, aplicar el procedimiento de Basini es casi dejar las cosas como están (si se descuenta naturalmente la ligadura del saco). Por eso nosotros aplicamos en ellos la reconstitución prefunicular de las paredes (Forgue) con trayecto subperitoneal del cordón.

El "cul de sac" de la ligadura del saco herniario, una

vez terminada la operación, corresponderá a la parte alta del canal inguinal, parte alta que es la que más reforzada estará con este procedimiento, porque una vez terminada la operación estará formada por las dos paredes unidas del canal inguinal, el punto reforzado así (parte alta) corresponde precisamente al que había debilitado la lesión; en adelante los elementos del cordón, después de su trayecto subperitoneal, perforan las dos paredes del anillo al mismo nivel, sobre el pubis, pero en un punto de la pared que se conservaba fuerte a pesar de la existencia de la hernia.

HERNIAS DIRECTAS (POSTEMPSKI)

En las hernias bajas directas, el punto débil de la pared está en la zona baja de la pared posterior, y cede también el ligamento de Henle, o parte del tendón conjoint, si se quiere que se hable así, saco no comprendido entre los elementos del cordón separado por los vasos epigástricos, el orificio profundo del anillo inguinal con el ligamento de Hesselbach, se encuentra normal y ha resistido a la hernia, la parte alta del anillo está, pues, normal, y los puntos débiles que es preciso reforzar son las partes bajas, las que corresponden al saco. Realizamos, pues, en estos casos, el procedimiento de Postempski, restablecimiento retrofunicular de las dos paredes del canal, y colocación subcutánea por lo tanto del cordón.

Tiene el procedimiento aplicado a estos casos la siguiente ventaja: la ligadura del saco corresponderá a un punto reforzado de la pared constituída ahora por las dos paredes del canal — el cordón pasará por las partes altas que se conservaban normales a pesar de la existencia anterior de la hernia.

Tal es nuestra conducta en estos últimos tiempos. Significa en síntesis aplicación lógica de los procedimientos de Basini. Forgue, Postempski, de reconstitución de las paredes del canal inguinal, usando electivamente, a cada una de las variedades de hernia, los métodos de la manera que dejamos señalada en el curso de esta breve nota.

Montevideo, 1916.

Cirugía biliar

(Curso de operaciones de 1915)

La autorizada palabra de Kehr, basada en 2.000 intervenciones practicadas por afecciones biliares, no ha impedido que los Mayo con otras 2.000 estén en su contra. El pequeño caudal de observaciones que nosotros podemos aportar no tendría razón de ser si no se acepta, que frente al enfermo que vamos a operar, por arriba de las más autorizadas opiniones, nos debe gobernar una lógica personal y tanto más necesaria aquí, por la razón de que autoridades de peso equivalente, están en franca oposición.

Anotamos algunas observaciones, seguramente vulgares, con el comentario que nos sugieren, señalamos nuestra opinión sobre la incisión que creemos aconsejable, y terminamos presentando una maniobra de exteriorización de las vías profundas.

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

1.ª Observación. — Opero un sujeto que se presenta con decadencia orgánica acentuada, aspecto exterior de un neoplásico, con su estado general, completa el cuadro un empastamiento vago, y dolor en la zona de la vesícula biliar. No ha sacado, al parecer, mayor beneficio del tratamiento médico, agotado por el sufrimiento. Aconsejamos la intervención, que es aceptada. Nuestro diagnóstico de litiasis, lleva una interrogación de cáncer.

Operación. — Vesícula biliar distendida, manifiestamente enferma, sin adherencias peritoneales; la incisión da salida a una buena copa de pus, tal vez sin mezcla de bilis, extraemos un cálculo, único al parecer, practicamos el drenaje invaginando la vesícula sobre tubo de goma libre, y sin fijación a la pared.

No hicimos ninguna exploración de las vías biliares profundas, por considerarlas perjudiciales en un enfermo agotado. ¿De qué nos hubiera servido? La colecistectomía la considerábamos fatal en ese enfermo. Nosotros creemos que el infectado biliar, debe tratarse de acuerdo con la conducta que se aplica a los infectados urinarios. Allí se practica, en un primer tiempo, la talla para desintoxicar al enfermo que en un segundo tiempo será prostatectomizado. Aquí, el drenaje de la vesícula, desintoxica también al enfermo que debe ser colecistectomizado, en los raros casos en que el primer tiempo no basta para curar al enfermo definitivamente. La conducta que para el urinario es buena, por más que exige dos tiempos siempre, no puede ser mala aquí en que el primer tiempo puede ser único.

El enfermo, operado hace un año y medio, puede considerarse curado.

2.ª Observación. — Caso parecido al anterior. Diagnóstico de litiasis, que se impone por los antecedentes, y el estado actual Se ha mostrado rebelde al tratamiento médico. Por los progresos del mal proponemos la intervención.

Operación — Vesícula sin adherencias peritoneales. La abertura da mezcla de pus y bilis. Igual conducta que en el caso anterior, drenaje simple sin más exploraciones.

Al día siguiente de la operación, aparece pus en las materias fecales; dado el perfecto bienestar de la enferma, suponemos que llega al intestino por los canales biliares, permeabilizados. Actualmente la enferma está bien.

3.ª Observación. — Opero de apendicectomía una enferma de 25 años; zona dolorosa predominante, al nivel del punto apendicular, diagnosticado, bojo ingestión, de bismuto, 10 horas antes, pero en sus antecedentes parecen existir cólicos hepáticos.

Operación — Vesícula sin adherencias peritoneales. La men, palpamos cálculos en su vesícula biliar. Resolvemos limitar la operación a la sola apendicectomía, dejando la operación de sus cálculos para otro tiempo. No simpatizamos nada con las operaciones múltiples. Hace un año de la opera-

ción, sus cálculos no lo han molestado, sigue su tratamiento médico.

4.ª *Observación.* — Con ser poco partidario de operaciones múltiples las practicamos en esta enferma.

Antecedentes de fiebre intermitente, con chuchos, ictericia, etc.

Operación. — Incisión larga sobre el borde del músculo recto — buscando fácil acceso a la vesícula, — gran exploración del vientre, apendicectomía y drenaje biliar. Evolución favorable.

5.ª y 6.ª *Observaciones.* — Operamos en dos ocasiones, sujetos que se presentaban en estado de coma, con temperatura alta y algunos síntomas abdominales, timpanismo, falta de evacuaciones, con algún empastamiento, — dudoso en un caso, más claro en el otro — al nivel de la zona hepática, con tinte ictérico de las conjuntivas. La operación demostró que se trataba de casos de litiasis biliar. *Nos llama la atención el sopor de los biliares frente a la exitación de las afecciones graves de origen gástrico y apendicular.* Los dos enfermos curaron.

Hemos practicado colecistostomías, en otros casos, caracterizados por situaciones especiales de gravedad. En un sujeto fué hecha cinco días después de una protatectomía, con cesación completa de su estado infeccioso.

Otra mujer nos es remitida por el doctor González, que aconseja la intervención, a pesar del estado lamentable de su riñón; presenta una vesícula a cálculos *enchatonés,* difíciles de extraer, con pericolecistitis, caso que parece invitar a suprimir la vesícula; no hicimos la extirpación por la suma gravedad de la enferma. Con el drenaje se domina completamente la infección; sin embargo, en este caso no se tiene igual éxito en cuanto a sobrevida *por su afección caridiorrenal.*

La vulgaridad de los casos que presentamos, tienen justificado nuestro interés de hacerlo, en los éxitos brillantes que obtenemos con la intervención simple, de colecistostomía; pero desgraciadamente no es siempre así. No nos faltan casos en que el drenaje que domina la infección, no ofrece igual éxito en lo relativo a la permeabilización de los canales, y en que a cada oclusión del drenaje cutáneo, corresponde una re-

tención de bilis, dolorosa, intolerable, que obliga a restablecerlo, situación que se repite tenazmente, hasta obligarnos a practicar la colecistostomía, con drenaje hepatocolédoco, para obtener la curación. No hay cirujano que no tenga observaciones parecidas, u observaciones de fistulización permanente, que, como en nuestro caso, son frecuentemente debidas a obstáculo mecánico que obliga a intervenir sobre las vías profundas. Las fístulas debidas a los viejos procedimientos de fijación de la vesícula a la pared, no existen casi actualmente.

Se ha querido hacer de este incidente desgraciado, un argumento en favor de la colecistostomía primitiva. Consideramos que no basta; porque no vemos por qué razón se debe oponer una operación más grave a todos los enfermos, porque uno cada cien, o más todavía, no mejora definitivamente. Además, la colecistostomía primitiva, se sabe bien, y todos los cirujanos tienen casos, no garantiza tampoco contra la fistulización, por brida o por cálculo, que obligue a reoperar y en peor situación que después de simple colecistostomía.

La colecistostomía primitiva, tiene sus defensores entusiastas: es más operación; el ambiente quirúrgico que crea es más intenso, entusiasma más al alumno, ávido de grandes extirpaciones, pero eso no la justifica definitivamente, se oponen todavía su mayor gravedad y sus fracasos. Se dirá que Kehr tiene una estadística decisiva, pero hay que pensar en la verdad de las cosas, la colecistostomía, como la apendicectomía, tiene sus días: a veces es fácil, simple, ofrece una operación brillante, una plena sucesión de láminas para libros; pero otras, ¡oh incisión! ¡oh arrancamientos! ¡oh tirones al azar! o dudas, inquietudes, gravedad. ¿Por qué lanzarse de lleno en tanta tragedia? ¿No es mejor reservarla para los días en que es fatalmente necesaria? ¿Por qué no empezar por lo simple, que cura casi siempre, tan bien como lo complejo, y reservar esto último como arma nueva frente al fracaso de lo primero? Además, la colecistostomía cuando es muy fácil, es muy innecesaria: es más fácil cuanto más precoz; y en la excesiva precocidad hay un campo sembrado de errores.

INCISIONES

Kehr dice que practica su conocida incisión en bayoneta. Esa incisión está muy bien pensada y da mucha luz. Pero si se tiene en cuenta la eventración casi fatal que la sigue, resulta necesario pensar en otra. Además, se dice que el autor mismo no la usa; y entonces, ¿a qué empeñarnos nosotros en seguir su uso? Es de suponerse que Kehr no la ha abandonado por buena. ¿Vamos a ser nosotros, los encargados de probarle a Kehr, nada menos, uno de los grandes maestros de la cirugía biliar, que su incisión es buena?

Bevan tiene una incisión que encontramos parecida a la de Kehr, su extensión y localización es más o menos la misma, lo mismo puede decirse de la luz que se obtiene con ella.

La de Sprengel tiene su pro y su contra, es inaplicable a los sujetos de tórax muy cerrado.

Un sujeto autopsiado por nosotros presenta una separación de 10 centímetros entre los cabos superior e inferior del músculo recto seccionado.

Empezamos por declararnos contrarios a esas incisiones, porque si es cierto que pueden aceptarse como buenas cuando se piensa en la colecistostomía primitiva, y sobre todo en las colecistostomías difíciles que exigen gran luz, no sucede lo mismo cuando se piensa en la posibilidad de la simple colecistostomía como intención predominante. ¿Para qué practicar un Kehr, cuando basta con la tercera parte? Comprendemos una gran incisión con probable eventración futura, cuando el caso lo exige. Pero hay más: un nuevo elemento es necesario hacer intervenir: el error de diagnóstico. ¿Cuántas veces después de practicar un Kehr completo, el cirujano tiene que limitarse a poner un tubo de drenaje en la cavidad de un quiste hidático supurado, o de un abceso hepático, o subhepático? ¿Es justo haber practicado un Kehr en esos casos? Formalmente, creemos que no. Y todavía, otro error más frecuente nos persigue, lo afirman todos los maestros cirujanos y médicos, y también aquí, la cooperación a menudo necesaria del cirujano y el médico, no permite tampoco evitarlo seguramente.

Personalmente puedo asegurar que he cometido los siguientes errores, bien acompañado por distinguidos clínicos.

1.° Lesiones asociadas imprevistas, o sospechosas vagamente: úlcera gástrica, y cálculos. Una enferma con hematemesis, con examen radioscópico, que confirma diagnóstico de úlcera, nos da en la operación, además de la lesión gástrica, una vesícula llena de cálculos (limitamos la operación a la sola gastroenterostomía).

2.° Diagnóstico de úlcera gástrica, y en la operación resulta que no existe, pero hay cálculos en la vesícula.

3.° Diagnóstico de cálculos cuando la lesión es úlcera. No doy detalles de mis observaciones, que al fin y al cabo, son más o menos los mismos errores que cometen desde Mohinam hasta cualquier debutante de cuarto orden.

Por hacer intervenir la posibilidad y relativa frecuencia del error, unido a los otros argumentos, consideramos mala la incisión de Khr, y me resulta un desastre tener que practicar un gastroenterostomía por úlcera, habiendo empezado la operación con esa incisión.

Kausch defiende la siguiente incisión para las vías biliares: Parte del reborde costal al nivel del décimo cartílago y se dirige oblicuamente abajo y adentro, hasta 3 cms. por arriba del ombligo; cuando el caso lo exige, la continúa simétricamente en lado izquierdo, ("Journal de Chirurgie", Marzo de 1911). Nosotros preferimos incindir la línea media (en lugar de seguir sobre el lado izquierdo).

Hemos hecho estudiar por el disector May las intersecciones aponeuróticas supraumbilicales del músculo recto del lado derecho; según sus observaciones está frecuentemente 2 a 3 cms. por arriba del ombligo, corresponde bastante bien a la incisión de Kausch.

De acuerdo con nuestro criterio de colecistostomía primera, empezamos con la parte justa costal del Kausch, hasta el músculo recto o comprendido en parte; si es la vesícula que vamos a drenar, nos basta con eso y procedemos. Si se necesita un ancho campo para la colecistostomía, la hacemos llegar a la línea media, y la continuamos con una mediana supraumbilical,

resulta un verdadero *volet*, que da amplio acceso a la región hipocondrioepigástrica y permite hacer una colecistostomía, tan bien como una gastroenterostomía o gastrectomía en los casos de error de diagnóstico. (1)

En los casos de diagnóstico de úlcera gástrica o duodenal, empezamos, naturalmente, por la incisión mediana, para proceder con ella en las gastroenterostomía o gastrectomía, y en caso de error, según: si hemos de hacer colecistostomía solamente, aconsejamos cerrar la herida y practicar una segunda, en el sitio de elección; si hay que practicar colecistostomía, agregaremos a la incisión mediana, la oblicua de Kausch con la que obtenemos el *volet* de que ya hablamos. El mismo *volet* se obtiene haciendo incisión mediana primera o última, de acuerdo con la dirección inicial, impuesta por el diagnóstico predominante en los casos de duda, o cuando se quiere practicar una doble intervención.

EXTERIORIZACIÓN DE LAS VÍAS BILIARES

Es axioma de buena cirugía, y también costumbre y tendencia de buen cirujano, exteriorizar en lo posible, la víscera sobre que se opera. Para la exteriorización de las vías biliares se cuenta actualmente con la posición y la maniobra de Mayo Robson, con el pinzamiento del cístico y tracción sobre las pinzas; se puede agregar también, aunque no ha sido propuesta con ese fin, la maniobra de Jonnesco, de despegamiento duodenal. Creemos en la utilidad de estas tres maniobras, y agregamos otra que debe usarse combinada a las demás.

Nos referimos al levantamiento en masa del pedículo hepático, a expensas de un dedo que entrando por el hiato de Vinslow, perfora la *pas - flácida* del epiplón gastrohepático. El pedículo permite una tracción muy fuerte, hasta el punto que nuestras experiencias sobre el cadáver demuestran que, pasando un tubo de goma por debajo del pedículo, y haciendo tracción sobre el asa que resulta uniendo los extremos del tubo, se puede

(1) **Incisión de Río Branco.**

levantar un cadáver de 70 kilos, sin que el pedículo se desgarre. Sin llegar a semejantes tracciones en el vivo parece evidente que se pueda practicar un levantamiento relativamente enérgico, como para traer las vías biliares, casi fuera del vientre, aplicando simultáneamente las otras maniobras conocidas, y más arriba citadas. Sin olvidar la prudencia necesaria, la maniobra me parece aconsejable.

Montevideo, 1915.

Amputación rápida del muslo

(Curso de operaciones)

Es indudable que entre los progresos realizados por la cirugía, figura la disminución creciente del número de amputaciones. Con todo, si se tiene en cuenta que de cuando en cuando, podemos vernos forzados a practicar alguna, pudiera justificarse la publicación del procedimiento que he seguido en dos de mis casos.

Por el nivel en que practicamos la sección del hueso, esta operación puede colocarse entre la amputación supra condileana de Carden, y la amputación de Farabeuf del tercio inferior del muslo, que el autor describe como tipo de colgajo circular. Por otra parte, es también un colgajo circular, pero colocado un poco más abajo que el de Farabeuf con lo cual por razones anatómicas derivan importantes diferencias, como se verá en seguida.

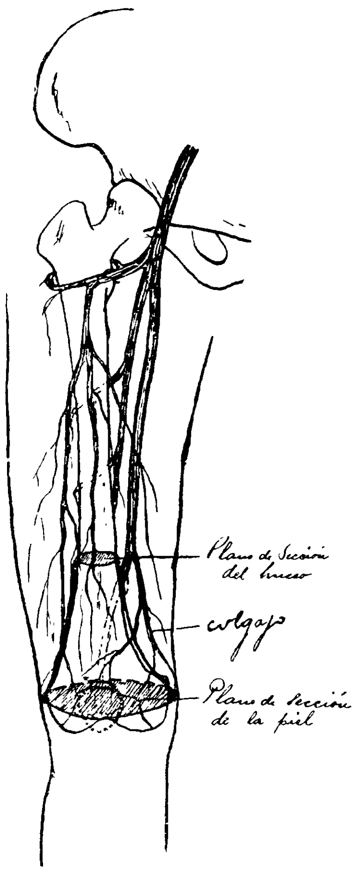
Las ventajas del procedimiento que propongo, radican en la rapidez con que puede ser ejecutado; hemos tenido ocasión de practicarlo dos veces, por gangrena del pie en sujetos de terreno diabético, y tenemos que contentarnos de haberlo seguido. Los enfermos operados, son viejos de más de 70 años, y en ellos como se comprende, la rapidez operatoria cuenta por gran parte en el éxito, disminuyendo la dosis de anestésico por una parte, y por otra las probabilidades de infección.

Para llamar rápido nuestro procedimiento no tenemos en cuenta solamente los tiempos necesarios para la confección del colgajo y la sección del hueso; ese tiempo será un poco menor que el de cualquier colgajo circular, pero además hay que contar en la operación el tiempo necesario para hacer la hemostasis, es ese tiempo el que conseguimos acortar practicando la sección del hueso al nivel que proponemos. Una sola pinza suprime la hemorragia de todo el colgajo.

1.er Tiempo. — *Operación.* — Sección de la piel circularmente. Pasa al nivel del medio de la rótula por la parte ante-

rior; piel poco retráctil, por esa razón en la parte posterior la sección desciende un par de dedos. Justifica más la oblicuidad la gran retractilidad de la piel del hueco popliteo.

2.° Tiempo. — *Sección de los músculos anteriores (cuadriceps).* — Rozando el borde superior de la rótula, y de los músculos posteriores e internos del muslo; degollando los condilos femorales de igual modo que se practica ese tiempo en las amputaciones de metacarpeanos.



Practicando las secciones musculares a ese nivel, el tiempo *recoupe* es innecesario, debido a que la masa muscular del muslo es continuada por los tendones de inserción, de volumen cada vez menor, y esa disminución es reeemplazada por el aumento creciente del fémur al nivel de su extremidad inferior: de modo que el colgajo se presenta naturalmente ahuecado. (Véase la figura adjunta).

3.er Tiempo. — *Sección del hueso.* — Nada de particular.

4.° Tiempo. — *Hemostasis.* — En nuestro caso, una sola pinza sobre la arteria femoral en el momento de hacerse puplitea realiza una hemostasis perfecta. La razón le da a nuestro juicio la disposición de los vasos sanguíneos del muslo, que como puede verse en el esquema que presentamos, está representado, al nivel de las secciones musculares, por las últimas ramificaciones de la arteria del cuadriceps de las perforantes y de la anastimótica, demasiado pequeños para hacer necesarias las ligaduras.

5.° Tiempo. — *Suturas.*

Montevideo, 10 de Julio de 1914.

Apendicetomías difíciles

(Curso de operaciones de 1915)

INTRODUCCIÓN

Señores:

Quiero dar a conocer algunas observaciones de apendicectomía, que son a mi entender interesantes, por las dificultades operatorias que presentaron. Anticiparé que la mayor parte son operaciones en frío; sólo dos o tres son practicadas durante el ataque, no sin recordarles en primera línea, que en lo que se refiere a la operación de apendicitis en caliente, la encontrarán los estudiantes magistralmente estudiadas en el tratado "Cirugía de urgencia", capítulo del que tengo que recomendar especialmente su lectura en lo que se relaciona: 1.° A la apendicitis precoz: 2.° A la apendicitis con peritonitis generalizada, y 3.° A los focos apendiculares, sobre todo estos últimos, porque como se comprende fácilmente, la operación en frío debe presentar la misma variedad de focos que en el período agudo, ya que no se trata más que de un segundo período de la misma afección y nuestras observaciones son, según mi impresión, la prueba de esa analogía.

Ustedes habrán oído decir que la operación de apendicectomía puede ser difícil en algunos casos, y que las dificultades son debidas a las adherencias que engloban el apéndice de distinta manera, con el epiplón, las ansas delgadas, etc.

Por otra parte, en los libros de operaciones se describen con detalles los tiempos de una extirpación de apéndice, diremos así, normal y se dice poca cosa de los casos difíciles, que son precisamente los que más hay que dar a conocer, para disminuirle al debutante alguna parte de los inevitables fracasos en que tiene que caer, si se le libra sin consejos a su sola experiencia.

Faure crea un procedimiento de extirpación de los anexos

de abajo a arriba, que yo encuentro colosal; el ideal sería, indudablemente, crear un procedimiento igual o parecido para extirpar todos los apéndices. Yo, por mi parte, renuncio de antemano al arranque genial que exige esa creación; me limitaré solamente a dar a conocer las dificultades que yo he encontrado, y cómo las he vencido, en la seguridad de ser útil a alguien. Comprendo que hay un fondo de la experiencia personal que no puede trasmitirse a los demás con palabras, pero si no se puede trasmitir el todo, se puede una parte...

Pienso que convendría entenderse respecto de lo que es una apendicitis difícil. Hay dos clases de dificultades: la dificultad de encontrar el apéndice en primer término, que es importante tener muy en cuenta, porque depende en gran parte de la manera de conducir la operación, la culpa de esta dificultad la tiene en gran parte el cirujano y empieza del momento que éste traza su conducta operatoria de la elección de la incisión en primera línea, del conocimiento anatómico y la manera de buscar en segunda, porque nadie puede negar que el mismo enfermo operado por un cirujano con la incisión de Roux, que resulta una *trouvaille* difícil, hubiera podido ser una simpleza en manos de otro con la incisión de Jalaguier, por ejemplo, y también la inversa.

Hay otra dificultad en que interviene menos el cirujano, que es ajena a él, y es la calidad de las adherencias, que hacen difícil la extirpación del apéndice, aun cuando se tiene a la vista; ésta sí, debe resolverse como se pueda, buscando por tanteo el lado fácil, usando la sonda, el bisturí, el dedo, — amputando primero y después aislar el apéndice, etc.; pero las adherencias no las hace el cirujano y cuando existen terribles, lo son igualmente para todos, lo contrario precisamente de las dificultades de descubierta del apéndice.

Pero hay más; se habla también de apéndices no solamente difíciles, sino *introuvalles*.

¿Existen los apéndices imposibles de encontrar? ¡Tal vez! pero no podemos decir que el apéndice que nosotros no encontramos, no lo hubiera podido encontrar otro, a no ser que tengamos plena conciencia de haber hecho muy bien las cosas, y

para el cirujano buen conocedor, habrán más bien apéndices destruídos, inexistentes casi, o casos en que conviene no empeñarse en buscarlo, por no perjudicar al enfermo, aun cuando se conozca bien, en el campo operatorio, dónde se le encontraría.

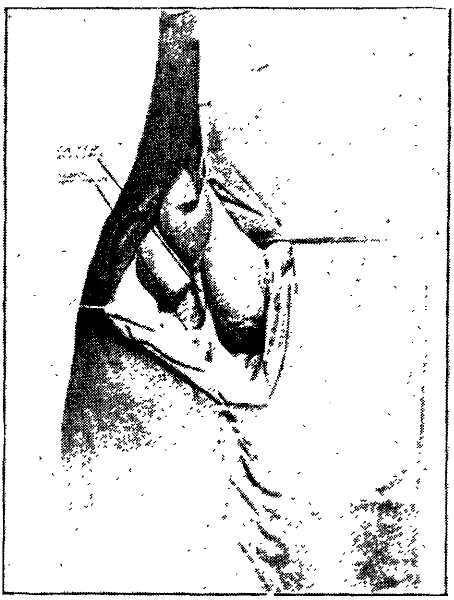
Yo no sé si el porvenir disminuirá las extirpaciones difíciles, tal vez, por la frecuencia con que se practican intervenciones precoces, con todo, los casos se seguirán presentando, pues los casos más difíciles lo constituyen los complicados de pericolitis, pero hay que tener presente que las membranas pericólicas, son cada vez más conocidas, esperamos encontrarlas y eso basta para salvar en adelante gran parte de la dificultad.

ANATOMÍA DEL APÉNDICE

Con Picqué paso por alto la descripción clásica que puede verse en los tratados de Anatomía y anotamos la modificación Quenú Hetz Boyer.

" 1. El ciego es un canal flexionado como el estómago.

" 2. La primera porción recibe el intestino delgado. La " segunda el apéndice.



" 3. El ángulo que forman la unión de la 1.ª porción con la
" 2.ª, abierto hacia la izquierda es: recto, agudo u obtuso. El
" vértice forma el fondo del ciego...

" Para la situación del apéndice: situación típica (véase la
" figura), y situación atípica:

" 1.º del apéndice solo: I. Sous cecal; II. Latero cecal, de-
" recha e izquierda; III. Retrocecal.

" 2. Prececal.

" 2.º del ciego y del apéndice: I. Ciego alto - prerrenal;
" II. Ciego bajo pelviano.

" Esta segunda variedad: ciego y apéndice la dejamos de
" lado por su rareza y consideraremos la primera variedad —
" apéndice solo ".



Para nosotros, del punto de vista de la patología, hay que confundir, el apéndice sous cecal — latero cecal, derecho e izquierdo, y el retrocecal, ¿por qué razón?

Si miramos la figura de Picqué y suponemos que se suprime la pinza, que levanta el ciego, éste caería para recubrir el apéndice; — de modo que existe normalmente un verdadero nicho apendicular, que lo aisla de la cavidad peritoneal y limitada, abajo y afuera por la fosa ilíaca, arriba y adelante por el fondo cecal, arriba y adentro el delgado que busca el ciego y que además cambia la dirección de la hoja del mesenterio, haciendo que la hoja derecha se haga superior, y la izquierda inferior, con lo que encierra el apéndice; además a veces esa hoja iz-

quierda y ahora inferior, tiene un repliegue peritoneal que va a la fosa ilíaca (repliegue mesenterio ilíaco) que encierra más todavía el apéndice. (Véase la figura).

La inflamación del apéndice, de esta primera variedad, formará adherencias con las paredes de la logia en que está contenido; ciego, última anza del íleon, hoja inferior del mesenterio y por nuestra parte agregaremos que en estos casos hemos creído encontrar generalmente *ausente el epiplón.*

Con el número 2 marcamos la variedad anterior (prececal), el apéndice de este tipo cuando se inflama, por haber salido de la logia, toma más relación con la cavidad peritoneal, las adherencias se hacen entre las anzas delgadas, y hemos notado que es en estos casos que se presenta una *gran participación del epiplón* en la constitución de los focos.

AUTOPSIAS. — Nuestras autopsias confirman plenamente la descripción de R. Picqué; presentamos solamente fotografía de un caso interesante.

OBSERVACIONES

Ahora bien: ¿nuestras dos variedades podrán preverse en la clínica? Tal vez sí, y por más que en nuestras observaciones nos dirigimos a la técnica quirúrgica preferentemente, podrá verse que: la variedad anterior, da mayor reacción peritoneal, durante el ataque, y en frío el foco es móvil; la primera variedad, o variedad posterior, dará foco fijo en frío y pequeña reacción durante el ataque.

1.ª Observación.—El sujeto había sufrido una ruptura del flegmón apendicular en el intestino, no se sabe a qué altura; el sujeto mejora temporariamente hasta que 15 días después sufre una brusca reagravación que nos conduce a practicar la intervención. El enfermo presentaba un plastrón muy bajo inmóvil, colocando el enfermo en fuerte posición de Trendelemburg. — Practicamos la incisión de Roux baja, nos conduce directamente a un apéndice en posición pelviano. Guía para buscarlo, el polocecal; el intestino delgado no aparece casi durante la operación. Con éxito feliz. Ayuda la operación el doctor Iraola.

2.ª Observación. — Igual a la anterior, enfermo remitido por el doctor Loriente que ayuda en la intervención.

Plastrón palpable muy bajo, inmóvil en Trendelemburg, incisión de Roux — se busca el apéndice guiándonos por el ciego, el intestino delgado no se ve en la operación. — Éxito feliz, sin incidentes.

3.ª Observación. — Los antecedentes de este enfermo son poco conocidos; lo recibimos para ser operado en frío en el Hospital Italiano. Secunda la intervención el doctor Gaminara.

Foco apendicular alto colocado — practicamos la incisión Jalaguier, encontramos un fuerte velo membranoso que disimula completamente el apéndice, el ciego y el colon ascendente — existe un verdadero velo peritoneal que deja fuera de la cavidad tabicando completamente esos órganos — a ese velo va a implantarse la última ansa del íleon, todo en una superficie completamente lisa.

Se desgarra el velo y se cae directamente sobre el apéndice que a pesar de estar oculto por el velo, tiene posición anterior, no tiene adherencia del epiplón. Esta operación no fué llevada a término sin oscilaciones — la incisión de Roux hubiera sido muy mala. — Me pregunto: — ¿pudiera haber sido esta apendicitis, retrocecal, existiendo además el fuerte velo pericólico? Es indudable que en ese caso la operación hubiera sido más laboriosa, aunque creo que la incisión de Jalaguier nos hubiera sido utilísima.

4.ª Observación. — Después de cesar los fenómenos agudos y el dolor generalizado, persiste con dolor supra umbilical que hace pensar más bien en una lesión gástrica que apendicular, por esa razón resolvimos operar por incisión mediana supra umbilical, nos encontramos con un apéndice alto anterior incluído en las anzas delgadas — existen membranas pericólicas — extracción del apéndice — el enfermo abandona el hospital, pero entra de nuevo 15 días después con fenómenos de oclusión intestinal, se opera y se encuentra un conglomerado de anzas intestinales; se desprenden las múltiples adherencias y el resto de la evolución es favorable. Sale de alta, al parecer curado — ¿hay que temer una nueva oclusión? No es nada raro que se

presenten en los apéndices anteriores, con adherencias grandes al intestino delgado.

5.ª *Observación (del doctor Gaminara).* — Apendicitis pelviana más oclusión intestinal por bridas, se repite, pues, la oclusión en los apéndices incluídos en anzas delgadas, observación a subrayar.

6.ª *Observación.* — Con la incisión de Mac Schüller se cae sobre foco apendicular — el tumor era palpable en esa zona y además inmóvil con la función de Trendelenburg. Se encontró el apéndice libre de adherencias epiplóicas; en cambio las adherencias intestinales son muy fuertes, el apéndice se rompe en las maniobras de extirpación — el ciego es grande — existe un nicho apendicular y el apéndice adhiere sobre todo a la hoja izquierda (inferior del mesenterio) el ataque había evolucionado con síntomas poco graves.

En esta observación, las dificultades para encontrar el apéndice fueron nulas, en cambio la separación es tan difícil que tenemos que renunciar a extirpar la extremidad del apéndice. ¿Somos nosotros responsables de esa falta? En todo caso no quisimos encarnizarnos en buscarlo por no agravar la operación — la evolución es favorable — pequeño drenaje.

7.ª *Observación.* — Practicamos en este caso la incisión de Roux, pero un poco alta continuando en la región lumbar como en la incisión de Albarrán, debido a la colocación alta de la masa palpable, que hacía posible la sospecha de que pudiera ser un flegmón perinefrítico, y lo era por su colocación (apéndice ascendente, retro cólico). Esta operación fué practicada en caliente y se termina con la evacuación del foco purulento que se abrió al través del peritoneo, y agregando el despegamiento del colon por el espacio parieto - cólico, evolución favorable, 25 días después dolor lumbar, chuchos y temperatura alta, nos llevan a la intervención inmediata.

2.ª Operación. — Igual incisión que en la primera operación — apéndice difícil de encontrar — a pesar de haber elegido la buena vía, porque conocíamos su colocación, o por lo menos, la preveíamos; naturalmente que no existen adherencias del epilón ni del intestino delgado — evolución favorable.

8.ª Observación. — Soy llamado a atender una apendicitis que se presenta con carácter grave. Gran ballonamiento del vientre, timpanismo hepático, dolor generalizado, aunque predominando en la fosa ilíaca derecha, facies intoxicado — temperatura 38°, pulso 104.

Practicamos la intervención de urgencia.

Dos cosas interesantes son a notar, por una parte la participación de las anzas delgadas en la formación del foco purulento, motivo de gravedad — y por otra parte la existencia de dos clases de líquidos purulentos, uno turbio, sin gran fetidez, de la cavidad peritoneal, y un segundo, más espeso y bien aislado, del foco apendicular, de gran fetidez. Ese segundo foco nos apareció, en la pequeña tentativa que hicimos para encontrar el apéndice. — Haré presente que fué una verdadera sorpresa — hubiera creído bastante con la existencia del primer líquido que apareció para poner los tubos de drenaje.

El intestino tenía color violáceo y estaba recubierto de falsas membranas blancas por partes. Evolución favorable.

9.ª Observación. — Operamos con el doctor Gaminara que lleva el bisturí. Es un sujeto que no da mayores datos, pero que presenta fenómenos peritoneales que nos conducen a la intervención aunque sin precisar diagnóstico. Incisión transversal — se cae sobre las anzas intestinales envueltas en exudado y falsas membranas — se explora la cavidad buscando la causa original y se encuentra un foco de adherencias en la fosa ilíaca derecha, desgarrándola se cae sobre un foco apendicular con pus espeso, blanco característico, bien distinto al del exudado peritoneal, como en la observación octava.

Esos focos apendiculares enquistados con coexistencia de pus distinto en la gran cavidad que se repite en estas dos observaciones, no deja de recordar los derrames reaccionales de las serosas al lado de los focos purulentos, por ejemplo la pleuresía de un absceso subfrénico — sobre todo teniendo en cuenta que estas dos peritonitis han evolucionado hacia la curación — por más que creemos deber recordar que en los dos casos se prac-

ticó el lavado peritoneal al éter — maravilla de tratamiento del que hemos beneficiado en una buena serie de casos, otros que la peritonitis de origen apendicular.

Al lado de esta observación recordamos, que tenemos noticias de casos en que el cirujano interviniendo durante el ataque agudo, encuentra un exudado peritoneal, sucio o sanguinolento; cree haber hecho bastante, pone tubos y termina la intervención. Al día siguiente, rápidamente, medio litro o un litro de pus franco de caracteres distintos inundan la curación; accidente feliz, después del cual el enfermo mejora rápidamente.

Yo creo que hay que subrayar marcadamente estos casos y preguntar, ¿cuántos operados no mejoran y mueren por haber olvidado ese foco principal que continúa intoxicando al enfermo?

10.ª Observación. — Sujeto ya operado, en caliente, por absceso apendicular y con cuadro de gravedad.

2.ª operación. — Por presentar un foco apendicular móvil en el Trendelemburg — y por la gravedad de los síntomas durante el primer ataque — sospechamos el foco formado por anzas delgadas. Incisión Jalaguier, encontramos el apéndice incluído en las anzas delgadas con participación del epiplón en la formación de las adherencias. Apéndice largo anterior, evolución favorable.

11.ª Observación. — Operación en frío, incisión de Mac Schüler. Durante el ataque evolución benigna, tumor en la región ilíaca inmóvil en la posición - declive — apéndice adherente a la hoja inferior del mesenterio, con existencia de un nicho apendicular cerrado y perfecto.

12.ª Observación. — Tumor móvil con posición - declive, incisión Jalaguier, adherencias en el gran epiplón y las anzas delgadas.

13.ª y 14.ª Observaciones. — Dos observaciones de apéndice flotante, amputadas espontáneamente durante el ataque, fueron casos con síntomas graves; presentan tumores móviles en la posición de Trendelenburg.

En estas y otras operaciones que no anoto en extensión por ser iguales, practicamos frecuentemente la siguiente manera operatoria.

Notando las adherencias del epiplón, tratamos de buscar hacia arriba una zona libre para seccionarla, como si se tratara de una hernia umbilical en adherencia del epiplón, prescindiendo al principio del apéndice — una vez practicada la sección del epiplón en zona no adherente, levantamos el segmento seccionado y tratamos de desprenderlo; esa maniobra de desprendimiento nos ha llevado fácilmente al apéndice, incluído en la proporción del epiplón que extirpamos al mismo tiempo.

Tenemos que hacer notar también la rareza con que se encuentran adherencias del epiplón a la pared anterior del abdomen en nuestras observaciones — es raro que la incisión de Jalaguier no nos lleve a una zona libre de la cavidad peritoneal, lo mismo que la incisión de Mac Schüller, por eso también preferimos las tales incisiones que son, a nuestro juicio, las que permiten comprender mejor la disposición anatómica del apéndice y terminar en mejores condiciones la intervención: dan mayor conciencia de lo que se hace.

15.ª y 16.ª Observaciones. — Son dos observaciones de apendicitis con gran pericolitis, pero en una el apéndice es anterior prececal y en la otra posterior (retrocecal).

15.ª Observación. — Enfermo de campaña que había tenido un ataque grave — el médico que lo atiende triunfa al cabo de dos meses de lucha—encontramos el apéndice englobado por el epiplón y las anzas delgadas en medio y delante de una fuerte membrana pericólica.

16.ª Observación. — Apendicitis de evolución más bien crónica. Practicamos la incisión de Jalaguier, y se encuentra en peritoneo libre, no se ve el ciego que está oculto por una membrana pericólica, buscamos sin encontrar nada primero, entonces recurrimos a la maniobra casi siempre salvadora, de le vantar el polo cecal, y buscamos el apéndice en su lugar de implantación, que en este caso se encuentra en posición retrocólica. El levantamiento del polo cecal nos exigió una amplia incisión, único modo de ver claro.

Hubiéramos podido llegar más directamente con una incisión más baja que la que nosotros practicamos, pero el enfermo tenía un plastrón alto que nos llevó de su lado al principio de la intervención.

Hemos dejado de lado todos los casos de apendicetomía, en los que se pudiera decir que el apéndice busca al cirujano para que lo extirpe. Anotamos nuestros casos difíciles que, como se comprende, están lejos de encerrar todas las variedades posibles, pero con todo nos permiten sacar alguna consecuencia.

CONCLUSIÓN PRÁCTICA

Nuestras observaciones, reforzadas por la disposición anatómica del apéndice y del estudio de las observaciones de operación en caliente de Lejars, nos muestran dos variedades netamente marcadas, aun cuando puedan existir transiciones: apéndice en nicho apendicular, y apéndice fuera del nicho apendicular. En los dos casos con o sin pericolitis.

Si el apéndice se enferma en nicho apendicular, da generalmente un foco enquistado inmóvil con la posición-declive, muy a menudo con poca reacción peritoneal. Podrá usarse en esos casos la incisión de Roux; pero yo prefiero usar, con todo, la incisión de Mac Schüller o Jalaguier para caer en zona peritoneal libre, ver bien y levantar el polo cecal como en la figura de Picqué de Anatomía Normal.

Si el apéndice se enferma fuera del nicho, las adherencias se hacen en el epiplón y las ansas delgadas, los ataques son generalmente más graves con más reacción peritoneal — el tumor formado por las adherencias se desplaza en los cambios de posición — la incisión de Jalaguier revela de inmediato la presencia del epiplón y la variedad del foco, el apéndice que es anterior, tiene forzosamente que presentarse, si no estuviera, buscar el polo cecal y la implantación del apéndice, para proceder a su extirpación, si fuera necesario, por la sección previa.

DIGRESIÓN TÉCNICA

Conviene después de tratar las distintas incisiones que pueden o deben aplicarse a la misma afección, según las variedades de modo de presentación, recordar también, que una sola incisión puede ser aplicada a afecciones distintas, cuando es debidamente utilizada. En la Observación VII practicamos una incisión de Roux, alta, semejante a la parte inferior de la incisión de Albarrán que permite abordar el riñón, contando con la posibilidad de un error de diagnóstico.

Cuando se concurre a la clínica con cierto tiempo se llega al convencimiento de que el error de D. en ciertos casos, es casi fatal, y en algunos es más científico el error o por lo menos la duda de acertar el diagnóstico. Al hacer esta afirmación, no tengo presente mis errores, sino el de grandes clínicos, y no solamente nuestros. Por eso en algunos casos como el de esta observación, adoptamos esas incisiones que permiten tomar distintas direcciones cuando el caso lo exija, y siempre que de su elección no resulten consecuencias desfavorables.

Para poner un ejemplo: Recordaremos que la incisión de Israel, o el colgajo, puede aplicarse tanto a una colección supurada pleural o pulmonar de la base como a un absceso subfrénico, error, como se sabe, frecuentemente cometido.

Y para justificar más nuestra conducta, recordaré un dato anatómico.

Si abrimos ampliamente el vientre y suprimimos las vísceras introperitoneales para mirar bien la profundidad, encontramos una salida mediana alargada, formada por el cuerpo de las vértebras en sus discos, y a los costados dos grandes fosas alargadas de arriba abajo y representadas de cada lado por: 1.º la fosa frénica; 2.º la fosa lumbar; 3.º la fosa ilíaca.

Cada una está disminuída de profundidad por el peritoneo, que deja por detrás algunos órganos bien conocidos y contiene otros. Ahora bien: cada una de esas fosas puede ser abordada por tres vías distintas. La fosa lumbar por vía trans y paraperitoneal, y por vía directa; la fosa ilíaca, por vía trans y para-

peritoneal y transilíaca; y por último la fosa costal, por vía transperitoneal, paraperitoneal (incisión de Bazi) y por transpleural (Israel).

Supongamos, repitiendo, una colección purulenta lumbar. Puede dudarse entre un foco periapendicular, y un foco perinefrítico. Nuestra conducta cuando exista esa duda, será la siguiente: Incisión parecida a la de Roux, llegando hasta el peritoneo. Se sospecha o ve algo en la cavidad (apendicitis) — se incinde — si se encuentran las cosas normales, se procede a la sutura del peritoneo, procedemos después al despegamiento (vía paraperitoneal), hacia la región lumbar, si fuera necesario alargamos la incisión hacia atrás vía directa (Albarrán) para terminar la operación sobre el riñón.

"Vías Quirúrgicas sintéticas" del flanco

(Curso de operaciones de 1916)

INTRODUCCIÓN

Por razones que haremos resaltar en el curso de nuestra exposición, tomamos como punto de partida de nuestro trabajo, — que tiene por objeto principal aconsejar algunas incisiones sintéticas, para las operaciones que se practican en el flanco — la aceptación de la bondad, por lo menos relativa, de algunas de las incisiones que se proponen generalmente para abordar el riñón. En efecto: cualquiera que se deje influenciar por el inevitable entusiasmo con que cada autor defiende su incisión, podrá preferir alguna a las demás; otros, menos sugestionables, pensarán que tal debe preferirse a tal otra, en determinadas lesiones. No han de faltar razones que apoyen las distintas tendencias, y el que lo desea puede encontrarlas en cualquier parte; pero tal vez no falte tampoco quien nos acompañe a pensar que todas son buenas, y tengo, para hacer la afirmación, esta razón: cada órgano tiene una colocación, a la que están subordinadas las vías posibles de su acceso. La situación anatómica del riñón, la posibilidad del despegamiento peritoneal a su nivel, la posibilidad de dilatar ampliamente una herida del flanco, son las razones fundamentales de su acceso, que hacen pasar a un lugar secundario el hecho de la dirección de la herida cutáneomuscular, oblicua, transversa o vertical. *Para abordar el riñón no debe haber una incisión, sino una zona de incisión, que ocupa el flanco y que limita las incisiones que generalmente se proponen.*

Hay más: La Anatomía nos enseña que la fosa lumbar, — concepto que después aclararemos, — no es posesión exclusiva del riñón; también otros órganos la habitan; órganos subperi-

toneales como el riñón mismo (las cápsulas suprarrenales) o intraperitoneales (el ciego, el colon) y otros que veremos más adelante, aclarando nuestro concepto anatómico. Todas las incisiones son buenas. En determinados casos podremos utilizarlas para abordar otros órganos que el riñón. ¿En qué condiciones? Es lo que trataremos de esbozar.

La clínica nos muestra con su realismo, que el diagnóstico de afección renal no es siempre posible; que por más que en determinados casos se pueda tener la seguridad más absoluta en el diagnóstico, no sólo de localización, sino también de naturaleza de una lesión renal, agotando los innumerables medios de que disponemos y que no son de considerar en este momento, en otros, el cirujano recibe en el campo operatorio la sorpresa de su error. A menudo el error será distinto para el especialista y para el cirujano general. El especialista podrá encontrar que la enfermedad no está en el riñón, en el que siempre piensa. El cirujano general la encontrará, en cambio, en el riñón, en el que no había pensado.

Otras veces, con el mejor examen, unos y otros están obligados a tener dudas, a veces humanas, personales; otras, porque es la ciencia misma que no alcanza, como se sabe, a resolver todos los problemas posibles.

Podrá, tal vez, creerse que quiero justificar mis propios errores, los que voy a relatar más adelante; no me opongo, pero el fin que persigo es más noble, y por otra parte, doblemente útil. Los que recuerden mis caídas, se evitarán alguna propia. Y más: Si alguno de los que ahora es discípulo llega a ser operador, caerá también en el error, fatalmente; por descuido, precipitación, por lo que se quiera, y ese futuro fatal podrá beneficiar de saber cómo en mis errores, he podido triunfar de las exigencias operatorias, sin perjudicar al enfermo.

No dedico las páginas a dar consejos, sobre cómo se evitan los errores y dudas. No les faltará quien los conduzca por ese camino de alta ciencia. Yo me coloco, en el momento del error ya cometido, como sorpresa del momento operatorio; o de la duda, inevitable o personal. No presento a la consideración de nadie mi trabajo. Aconsejo un camino que he seguido, después

de meditarlo largamente, basado en un concepto anatómico exacto, de necesidad fundada en la clínica, aun hecha por sabios, y de cuyo camino he palpado las ventajas en la práctica.

¡Yo no sé qué recursos tienen otros para no equivocarse! Pero si nos apartamos de las exageraciones sin fundamento, ¿qué nos dice la patología?

FUNDAMENTOS DE ORDEN PATOLÓGICO. — Para el cirujano general, el error de apendicitis con perinefritis, y viceversa, es común. El de absceso supurado del hígado, colecistitis con perinefritis, no lo es menos. Ningún cirujano puede jactarse de no cometerlo nunca.

El quiste hidático del riñón, es un tumor abdominal. Su único síntoma patognomónico es la expulsión de vesículas por la orina; sin eso, el diagnóstico puede ser imposible. (Los prosectores).

El cáncer del riñón, puede tener como único síntoma, el tumor; la confusión es fácil con el bazo del lado izquierdo, la cola del páncreas. En el lado derecho, con un tumor subhepático, vesícula, con la cápsula suprarrenal y otros tumores retro e intraperitoneales. (Afirmaciones de los autores).

La hidronefrosis es considerada como la gran simuladora del vientre (sin contar con el diagnóstico de causa). Se confunde con una vesícula biliar muy distendida (puede dar ictericia, y en ese caso es probable que a nadie se le ocurra practicar cateterismos); puede simular el quiste hidático del hígado, el quiste del ovario pediculado, un tumor del mesenterio, etc:, con el otro riñón sano, es fácil no pensar en la afección renal. Si el que examina primero es un especialista en riñón, podrá sospechar el asiento, hacer cateterismos, y cuando éste no es imposible, resolver el caso.

Por mi parte, he operado algún enfermo de hidronefrosis en el cual, especialistas habían excluído el riñón. Habrá que estar en guardia, pero todos los días se cometen errores, y todos los días se presenta un asunto contra el que hay que estar en guardia, ¡y al final son tantos! y siempre queda lo imprevisto. ¿Y entonces? Y bien: Estar en guardia.

Los errores de los especialistas podrán ser inversos, como

dije, creer en el riñón y ser otro el órgano enfermo, pero esos que los cuenten ellos, a nosotros nos alcanza con los nuestros que, desgraciadamente, podemos creer que son bastantes.

FUNDAMENTOS DE ORDEN ANATÓMICO. — En el concepto de Picqué. (Véase Anatomía Médica Quirúrgica) (nosotros hemos aplicado la concepción en un caso operado en presencia del doctor Morelli, 1 ½ años antes de conocer la obra de Picqué), describe una fosa retroperitoneal, visible, cuando después de abrir el vientre se lleva hacia la línea media del peritoneo parietal, con los órganos intraperitoneales. Después, basculando el riñón y la cápsula suprarrenal hacia la línea media y suprimiendo la grasa, se pone francamente a la vista en toda su extensión la fosa subperitoneal.

De abajo arriba considera tres pisos.

Piso ilíaco.

Piso lumbar.

Piso frénico.

Por más que hay amplia comunicación en toda la fosa, cada piso contiene órganos propios.

El peritoneo parietal posterior llena sólo parcialmente la fosa, de manera que en los flancos de la columna vertebral, puede apreciarse la existencia de dos fosas alargadas, ocupadas por órganos intraperitoneales, esta vez, que ocupan, preferentemente, los distintos pisos. Así resulta que:

El piso ilíaco, contiene el ciego y apéndice como órganos intraperitoneales, en el lado derecho; el asa ilíaca, para el lado izquierdo; y como órganos subperitoneales: la arteria ilíaca, los ganglios ilíacos externos, el músculo ilíaco, el uréter: órganos comunes al lado derecho e izquierdo.

El piso lumbar contiene: el riñón y el uréter, los vasos retroperitoneales, órganos comunes, al lado derecho e izquierdo, el colon ascendente, lado derecho; descendente, del lado izquierdo.

El piso frénico contiene: intraperitoneales, hígado, vesícula, ángulo derecho del colon, para el lado derecho; bazo, cola del páncreas, ángulo esplénico del colon, para el lado izquierdo.

Subperitoneales, comunes a los dos lados, riñón, cápsulas suprarrenales; propios del lado derecho, el hígado, al nivel del ligamento coronario.

Es la exactitud del concepto anatómico de Picqué, que aceptamos en toda su extensión, que a nuestro entender, permite que sea aplicada la conducta quirúrgica que aconsejamos.

La anatomía nos enseña que órganos distintos tienen igual topografía; es posible pensar que puedan ser abordados por una misma incisión. La patología nos dice que afecciones quirúrgicas, no solamente de distintos órganos, sino tambien de distinta naturaleza, se simulan perfectamente; pero estos casos, si exigen una incisión común por su asiento cutáneo, en la profundidad, en cambio, para algunos casos es preferible subperitoneal, mientras que otros, la exigen transperitoneal. Veremos, después, qué nos aconseja nuestra práctica.

Nuestras incisiones regionales las encontramos al estudiar las vías para abordar el riñón.

VÍAS PARA ABORDAR EL RIÑÓN

Las vías para abordar el riñón son tres:

La transperitoneal, la paraperitoneal y la vía directa, lumbar.

Si dejamos de lado la vía transperitoneal, encontramos que entre las innumerables incisiones propuestas, tres parecen presentar una diferencia evidente, juzgadas por primera impresión, o atendiendo a su diferencia de colocación y de dirección.

De arriba abajo son:

1.ª Bazy; paralela al reborde costal, oblicua de abajo arriba y de afuera adentro.

2.ª Pean; horizontal en medio del flanco.

3.ª Guyón - Albarrán: oblicua de atrás adelante y de arriba abajo, buscando en su parte inferior, paralelismo con la arcada crural.

Pero estas incisiones tienen algo de común. Las tres llegan al riñón por vía subperitoneal.

La vía de Bazy, es, por de pronto, francamente paraperi-

toneal; y las de Albarrán y Pean lo son también, en su porción más anterior, con toda evidencia; sólo en las porciones posteriores, parecen ser vías directas; pero practicando las incisiones citadas, es fácil convencerse que en definitiva se procede con ellas por vía paraperitoneal; el campo operatorio se agranda a expensas del lado interno de las heridas, cuando se necesita aumentar la luz.

La vía paraperitoneal absorbe en su favor todas estas incisiones y puede decirse: que las incisiones de Albarrán, Bazy y Pean, con la de Tortoni, circunscriben una "zona de abordaje del riñón" aplicando aquí el concepto amplio que Ollier encuentra en las vías de resección articular, en que, después de apreciar las distintas incisiones, nos muestra cómo una apreciación más exacta las ve comprendidas en una común "zona de incisión". (Véase Ollier).

Recordaré también, que los tres pisos de la fosa subperitoneal, pueden ser abordados cada uno por tres vías distintas.

La fosa ilíaca, por vía: transperitoneal para el apéndice íleo cecal, y el ciego; para o subperitoneal, para los ganglios, arteria ilíaca, el uréter; transilíaca, drenaje de la fosa ilíaca, en la psoitis.

La región media, ya lo hemos dicho, por vía: transperitoneal: riñón, colon, vasos; directa y para - peritoneal.

La fosa frénica, por vía: transperitoneal, riñón, cápsula suprarrenal, vasos; y transpleural, hígado.

FUNDAMENTOS CLÍNICOS

Oportunamente hemos citado algunas de las afecciones de órganos abdominales, que pueden originar confusión con las del riñón.

Voy ahora a presentar a ustedes una serie de errores personales, tratando de considerarlos desde el punto de vista que más nos interesa en este momento, prescindiendo un poco de la naturaleza de las lesiones para apreciar, sobre todo, el error, en su relación con la localización del órgano que se cree enfermo.

Por mi parte, en materia de error y dudas, creo casi haber

batido el *record* (este *record* es difícil que alguien me lo dispute), y por la manera cómo me he encontrado en ellos podría catalogarlos en: errores o dudas entre órganos del piso frénico, del piso lumbar y del piso ilíaco; y las tres clases, tanto del lado derecho como del izquierdo. Por arbitrario que parezca todo esto, tengo el fundamento de mi clínica personal, y me coloco en la situación de realizar una tentativa de enorme probabilidad, para atenuar los males de los errores y dudas futuras. La sinceridad representa un beneficio en ese sentido; pero hay más: con ese concepto relacionamos la clínica a la anatomía y se hace posible, apoyada en las dos, una consecuencia práctica: " *El establecimiento de tres vías de acceso a la fosa intra y retroperitoneal del flanco; Bazy, Pena o Tortoni, y Albarrán, puras o transperitoneales, y respectivamente aplicadas al piso frénico, lumbar e ilíaco.*

Es indudable que cada una de las vías propuestas para abordar el riñón, podría tener y tiene jurisdicciones especiales, y ventajas que las hacen preferir de acuerdo con determinadas lesiones, y por más que nosotros no pensamos hacer en este momento la crítica de cada una, diremos, sin embargo, que todas son buenas, insistiendo en la afirmación, y si no son todas absolutamente irreprochables, habrá que aceptarlas cuando las ha impuesto la necesidad, y por lo demás su bondad nace, en gran parte, de la costumbre de usarlas, y de saber sacar partido de ellas.

Pero lo que más nos interesa es hacer presente cómo pueden usarse cada una como *vía de zona*, en lugar de usarla como vía de órgano renal.

La incisión de Bazy, por ejemplo, es una buena vía para abordar el riñón, vía paraperitoneal; pero, si en lugar de detenerla en el plano del peritoneo para despegarlo, se incinde la serosa, la habremos transformado en la vía más vulgar y más buena que puede tenerse para abordar el hígado o la vesícula biliar. E inversamente; si después de cortar al nivel del reborde costal del peritoneo incluído para abordar la vesícula, y en caso de error, saturamos el peritoneo y lo despegamos, la habremos transformado en la incisión de Bazy.

Igual criterio es aplicable a los pisos medio e ilíaco.

Veamos el apoyo que dan nuestras observaciones, a la conducta que defendemos.

OBSERVACIONES

1.er CASO. — *Diagnóstico de colecistitis supurada, en un caso de pionefrosis. — Se comienza una operación transperitoneal y se concluye subperitoneal.*

La causa de este error es, probablemente, la insuficiencia de examen. Pero emprendemos la operación con alguna tranquilidad, porque la iniciamos en condiciones de posible desviación de plan.

No se practicó ningún examen del aparato urinario, el enfermo no acusaba ninguna molestia de ese lado. Su sintomatología era la siguiente: Dolor en el flanco e hipocondrio derecho, estado febril continuo, de curva algo irregular. Tinte subictérico sin decoloración de las materias fecales, y sin bilis en la orina. No se practicó examen de sangre.

Se palpa un tumor, móvil con la respiración, piriforme, de colocación subhepática y doloroso, que nos impresiona francamente como una vesícula biliar distendida. Como no vemos contraindicación proponemos la intervención, que es aceptada.

Anestesiado el enfermo, la palpación da una impresión distinta, se palpa un tumor, con contacto lumbar y *ballotement*. En ese momento sospechamos fuertemente una lesión renal, aunque sin despreciar nuestra primera impresión de afección vesicular que había parecido evidente.

Practicamos la incisión de Bazy, transformada; en lugar de detenerla en el peritoneo, incindimos también la serosa, para poder explorar la zona subhepática. Se encuentra la vesícula biliar sana, y apreciamos la existencia de un tumor retroperitoneal que responde al riñón. Entonces suturamos el peritoneo, prolongamos nuestra incisión verticalmente, como para tener, en definitiva, las dos partes superiores de una "incisión de Gregoire", con lo que llegamos al riñón por vía paraperitoneal.

En las maniobras de denudación, el riñón estalla, dando

unos cien gramos de pus. Practicamos una contraabertura lumbar para drenar el foco y cerramos la incisión anterior. No practicamos la nefrectomía por no conocer el valor de ese riñón, ni el del izquierdo.

Este enfermo evoluciona desfavorablemente. Pero es indudable que no podemos hacernos el reproche de graves faltas operatorias. En la gravedad del enfermo se encuentran razones suficientes para explicar la evolución, aunque en esta oportunidad deseo afirmar que considero la nefrotomía una mala operación.

2.º Caso. — *Afección del piso lumbar.* — ***Operamos con diagnóstico de quiste hidático,*** un enfermo de "pionefrosis bacilar".

El sujeto presenta un tumor lumbar mate, redondeado, liso, indolente, con contacto lumbar, y *ballotement*. Haré presente que el enfermo no sabía que tenía ese tumor, lo observó el practicante Borrás examinando incidentalmente al enfermo, que debía tomar su alta, ya que se encontraba bien de su cistitis, que lo había llevado al Hospital.

El sujeto tiene apariencia de salud perfecta. Nos cuenta que un especialista en vías urinarias, le había practicado una exploración cistoscópica, que demostraba que no tenía nada en sus riñones. El examen de orina es normal. No creemos del caso insistir en nuevos exámenes endovesicales. Su tumor es manifiestamente un quiste hidático. Nos parece percibir el frémito. ¡Nada menos que el signo patognomónico!

Intervención.—Practicamos una incisión vertical, a lo largo del borde externo del músculo recto (lado derecho) cortando todos los planos, incluída la serosa. Aparece un gran tumor retroperitoneal, que empuja el colon hacia adentro, y hacia arriba al hígado completamente normal! En este momento resolvemos practicar la operación por vía paraperitoneal, utilizando la incisión ya hecha, se sutura el peritoneo, y se despega hasta la región posterior. Después agrandamos un poco nues-

tra incisión, por un debridamiento transversal hacia atrás, que parte de la mitad de la incisión vertical. En definitiva, resulta una incisión en forma de —| una t acostada con la rama corta hacia adelante.

Con eso tenemos un amplio acceso sobre el tumor, que resulta ser un saco purulento formado por el riñón y el bacinete distendidos. La punción da salida a un litro y medio de un pus color chocolate, en el que el análisis da 93 polinucleares por ciento, con eso se reduce la masa del tumor y se termina fácilmente la extirpación. La evolución de este caso es muy favorable.

3.er CASO. — *Afección del piso ilíaco y lumbar derecho. — Tuberculoma del ciego. — Extirpación del ciego, colon ascendente, ángulo hepático del colon y diez cms. de colon transverso.*

El cuadro clínico subjetivo, es poco rico. Molestias del lado del aparato digestivo. No tiene deposiciones hemorrágicas, ni dolor, ni crisis de oclusión incompleta. Presenta en la fosa ilíaca derecha y flanco, un tumor alargado, cuya forma parece un riñón hipertrofiado. En ausencia bien constatada de síntomas urinarios, se diagnostica tumor del ciego; su contacto lumbar no es muy franco.

Los exámenes practicados para obtener un diagnóstico de naturaleza, no son muy ilustrativos. La reacción de Wassermann fué negativa. No nos creemos autorizados para excluir el cáncer. Proponemos la intervención, que se acepta.

Operación. — Con una gran incisión a lo largo de la línea blanca externa, se cae sobre una gran masa formada por el ciego, la porción de íleon próxima al ángulo ilocecal, y el epiplón. A primera vista, el tumor parece inextirpable, pero se le encuentra un poco móvil sobre la fosa íleo lumbar. No nos es difícil encontrar el clivaje retro - ceco - colo - parietal, y terminar la resección del bloc, seguida de anastomosis entre el íleon y el colon transverso. Peritonización y drenaje. Evolución favorable. La pieza en el Instituto de Anatomía Patológica.

Aunque este caso no representa un error, puede comprenderse fácilmente la posibilidad de cometerlo, en casos más o menos parecidos. Lo afirma la patología, y por nuestra parte declaramos: que no nos hubiera sorprendido extremadamente, una vez la operación comenzada, vernos obligados a la desviación que señalamos en los casos anteriores.

Por otra parte, este caso nos da ocasión para dejar señalada nuestra impresión de que la extirpación del ciego es una operación largamente difícil. Consideramos un verdadero *crimen* emprenderla sin un gran dominio de la región anatómica y de la cirugía abdominal. Exige un buen ayudante, puede durar una hora si no se pierde tiempo en dudas y manoseos. El enorme tiempo empleado en una operación, y los manoseos, son, a menudo, únicas causas de muerte!

4.° Caso. — *Error de diagnóstico entre órganos de la fosa frénica izquierda. Pensamos en tuberculosis del bazo y resulta sarcoma retroperitoneal.*

Opero, en presencia del doctor Morelli, una enferma de 18 años de edad, que presentaba un tumor de aparente localización esplénica. Paso por alto la historia clínica: no será sin razones que se cometió el error. Nada faltó como medio de diagnóstico. Radioscopías. Examen de sangre y palpaciones hechas por cuatro médicos.

Operación. — Practicamos una amplia incisión paralela al reborde costal izquierdo, peritonio incluído. Encontramos que el bazo está empujado hacia arriba, como apretado entre el diafragma y el tumor; por su volumen y al tacto es normal. La afección no es esplénica. Al través del epiplón gastrocólico exploro la retrocavidad de los epiplones y constato que el tumor es subperitoneal y aparentemente renal; tiene la forma de un riñón hipertrofiado. Prolongo la incisión equivalente a los 2/3 superiores del Gregoire (pero con esta diferencia: transperitoneal). Exploro el abdomen, dentro y fuera del cuadrante cólico; vemos ahora que el riñón es normal, que el tumor lo empuja hacia abajo. Parecía, pues, que el tumor hubiera nacido

entre el bazo y el riñón, órganos que desplazaba, en dirección contraria. ¿Es la cápsula suprarrenal? Suturamos el peritoneo, y más tarde lo despegamos, para tener acceso a la fosa retroperitoneal. Llegamos así sobre la lesión, que resulta inextirpable; un fragmento extraído se analiza y resulta: Sarcoma melánico. A pesar de la amplia exploración, la enferma no tiene graves consecuencias, por más que al cabo de un año, los progresos del mal concluyen con su vida.

Aquí pudimos aplicar igual conducta que en el lado derecho, frente al error. Empezamos una intervención transperitoneal, dirigida al bazo, y se termina subperitoneal dirigida a la fosa lumbofrénica.

En el piso medio del lado izquierdo, no he tenido casos que pueda presentar, como ejemplo de error o duda. Es de suponer que pueda adoptarse igual conducta que en los casos ya anotados. Nada se opondría, a nuestro entender.

En el piso inferior izquierdo no tengo sujetos operados, pero sí un caso que he visto últimamente y que no sé si operaré y del que voy a exponer la conducta que seguiría.

El enfermo presenta un tumor colocado en piso ilíaco del lado izquierdo. Ha sufrido anteriormente de cólicos nefríticos, evidentes, con hematurias y expulsión de cálculos. Sin embargo, su tumor actual ocupa la altura de la cresta ilíaca, es inmóvil, más pequeño que un riñón, al parecer. Hace la impresión de responder al colon pelviano (anza fija), pero no tiene síntomas intestinales, ni oclusión, ni diarrea. El tumor está en el trayecto del uréter. Practicamos una rectoscopía y no alcanzamos al tumor, porque la parte móvil del asa omega es muy larga, con 25 cms. no llegamos al mal.

Para resolver el caso, habrá que practicar cateterismo del uréter, con sonda impermeable, para practicar una radiografía, de ese modo resolveríamos si el tumor corresponde a un riñón ectópico y atrófico, cosa posible, pero el enfermo no se somete a este examen. Tampoco se hizo examen radiográfico del intestino, del que se comprende la utilidad. Nosotros du-

damos si sus síntomas actuales, aparentemente cólico nefrítico, son nuevos cálculos o una compresión del uréter por tumor intestinal.

En este caso estamos en guardia y no iríamos a la operación, sin precisar diagnóstico por los exámenes que nos faltan. pero supongamos que tuviéramos que ir a la operación en ese caso, aún persistiendo las dudas, o que el enfermo tenga una doble lesión que puede escapar (exagerando previsiones).

Operaríamos por una incisión parecida a la de Roux para el apéndice, usada en el lado izquierdo, que permite explorar, cómodamente, el asa ilíaca. Se encuentra el mal, se procede; está, en cambio, libre: se sutura el peritoneo, para practicar después su despegamiento y hacer la exploración paraperitoneal de la fosa lumbar. Si es necesario operar sobre el riñón, prolongamos atrás y arriba la incisión de Albarrán. Podría procederse a la inversa; supongamos un especialista que hubiera empezado con la incisión de Albarrán. Tratado y aislado su foco renal, podría incindir el peritoneo y explorar su fosa ilíaca y colon, para proceder según necesidad.

CONCLUSIONES

De las múltiples incisiones propuestas para abordar el riñón, quedan como preferida: Bazy, Pean, Albarrán, de arriba abajo; alta, media y baja, además el Tortoni y Gregoire (paraperitoneales) cada una de las cuales podrá tener su indicación preferente, según la clase de lesión renal y la costumbre del cirujano, pero pueden mirarse sintéticamente como colocadas en la zona de acceso renal y circunscribiendo la zona en cuestión.

Nuestro objeto no es discutir las ventajas de cada una, sino sacar beneficios de su buena aplicación, y esta vez preferentemente adaptadas a los casos de duda o posible error.

Catalogamos los errores por su localización entre:

Lesiones del piso alto.
Ídem del piso medio.
Ídem del piso inferior.

para aplicar respectivamente la incisión alta, media o baja, que podrán ser subperitoneales, como las describen sus autores, o transperitoneales, cuando lo exija el caso. De este modo, hemos conseguido atenuar el mal del error, lo hemos hecho menos temible, poniéndonos en condiciones de desviar, naturalmente, el plan operatorio.

Las vías regionales son caminos que pueden bifurcarse para alcanzar órganos distintos.

Antes de terminar haré presente que este capítulo es provisorio. Será fatalmente barrido por la creciente seguridad del diagnóstico.

Entre tanto, preferimos dudar entre una afección hepática o renal ya que disponemos de un procedimiento. La seguridad del diagnóstico ha llevado a algunos cirujanos a drenar una colecistitis por vía lumbar. (Monod llama a ese error "vía de excepción"). Otros han drenado un riñón por vía transperitoneal. ¡Mejor es dudar!.

Es posible ensanchar el campo de acción de las incisiones de Bazy, Pean y Albarrán; es posible transformarlas en *vías regionales* de acceso a la fosa intra y subperitoneal del flanco y aplicadas respectivamente al piso frénico, lumbar e ilíaco. La Anatomía, la Patología, y nuestra práctica personal favorecen, si no imponen, ese amplio concepto sintético.

Neumotomía

(Curso de operaciones de 1915)

Es respondiendo a un pedido de los estudiantes, que aún teniendo la seguridad de no poder satisfacer sus deseos con una contestación terminante, voy a dejar apuntado algún consejo, sobre la conducta que debe observarse en el tratamiento de las cavidades supuradas del pulmón.

Las consideraciones que puedan hacerse a su respecto, son aplicables lógicamente al quiste hidático.

Haré presente que voy a recordar también alguna observación de operaciones transdiafragmáticas, de la base del tórax, región que Legars llama 'frontera tórax abdominal''. Una de nuestras operaciones fué practicada por error, sino de indicación, por lo menos de localización. Con eso llevamos establecidos de antemano y para no volver sobre ello, la importancia y las dificultades de un buen diagnóstico.

Nuestra intención es tratar cómo deben operarse, qué técnica conviene seguir, cuál de las intervenciones que generalmente se proponen debe preferirse. Ahora bien, yo creo que no es posible juzgar con fundamento ese punto, sin tener presente estos otros de orden clínico:

1.° ¿Deben operarse todos los casos?

2.° ¿En qué momento deben operarse?

Para el quiste hidático, por ejemplo: ¿existe indicación operatoria desde el momento que se hace el diagnóstico, por pequeño que sea el quiste, o se debe esperar que alguna perturbación sensible en el estado general del enfermo, o debida al aumento de volumen del quiste, o a una complicación vómica, etc., la determine?

El interés del criterio clínico, de la indicación operatoria y

de su momento, salta a la vista; de él deriva casi directamente la opinión que puede tenerse, de la operación que es preciso practicar. Prescindir del criterio clínico, es simplificar engañadamente un problema complejo por naturalea. — ¿Por qué? Si creemos en las estadísticas, la curación espontánea, expone a la muerte, un 70 % en las supuraciones endopulmonares, y un 50 % largo para el quiste hidático. La operación da en cambio un 20 % de mortalidad, cuando se practica precozmente. Resulta por lo tanto una ventaja evidente, del tratamiento quirúrgico, precoz. Pero hay que tener presente que el tratamiento en esos casos no puede ser simple, la operación precoz tiene que ser amplia, de otro modo se escapa casi seguramente el foco.

Algunos cirujanos, a pesar de estos datos de la estadística, no operan sino en los casos en que fracasa el tratamiento médico, cuando se ha hecho evidente la imposibilidad de la curación espontánea y el enfermo se agrava. El estudio de cada caso en particular, de su observación, dictarán la indicación operatoria. Pero hay que tener presente que el enfermo se agrava por dos causas; por la extensión del foco, por el aumento de volumen local; por una parte y por la alteración de su estado general y por las complicaciones, que a veces matan fatalmente al enfermo. De ahí se desprende que si la expectación permite operar a los enfermos con una intervención simple — y obtener en esos casos una brillante estadística, ésta puede ser solamente en apariencia brillante porque la expectación trae a manos del cirujano los focos grandes de los sujetos, que no fueron víctimas de la expectación, y para apreciar exactamente el resultado, hay que incluir esas víctimas en el porcentaje total de muertos.

El año pasado asistimos un sujeto que presentaba signos de cavidad pulmonar. Su estado general bastante bueno. Nosotros que estábamos inclinados a la operación resolvimos, antes de practicarla, conocer la opinión del doctor Soca. Pues bien, el doctor Soca desaconsejó la operación, porque tenía la impresión de que el enfermo curaría espontáneamente, y este enfermo

curó en efecto y bastante rápidamente, con eso nos demostró que nuestra operación hubiera sido por lo menos inútil.

Este criterio del doctor Soca que conocimos accidentalmente lo tenemos reforzado entre nosotros por otro de nuestros grandes clínicos. El doctor Ricaldoni, en sus lecciones sobre el tratamiento del quiste hidático, se mostró decididamente partidario de la expectación relativa. Ya no es la opinión aislada, relativa a un caso clínico, es la defensa de una conducta, ampliamente considerada, relacionándola, por lo menos, a la mayor parte de los casos.

Pero hay otro dato sorprendente de la estadística digno de tenerse muy en cuenta. Guimbellot anota 21 casos de quiste hidático, tratados por el cierre y abandono del quiste, sin drenaje con 20 curaciones. Esa estadística nos demuestra, por lo menos, que no siempre debe hacerse al procedimiento responsable de los malos resultados, y hacen pensar más bien que puede llegar a ser inofensivo.

Estos hechos, no pueden menos que dejarnos indecisos. Ventajas de la operación precoz, por una parte. Por otra la expectación prudente, con sus éxitos nada despreciables: el cirujano que ve indicación operatoria neta, en todas partes, que no tiene muertos! Y el médico, por otra, que a raíz de una mala serie, queda espantado, por la devastación, y aconseja en consecuencia, una mansa expectación de la que hemos puesto de relieve los peligros.

Conviene hacer notar, que resulta un poco teórico, preconizar la intervención precoz. En general el cirujano ve solamente los enfermos que le son remitidos, por un médico, y los médicos, partidarios de la expectación no reclaman su presencia sino después de ensayar largamente su terapéutica. Aunque en definitiva nosotros somos partidarios de la expectación relativa, tenemos interés especial, en hacer presente las dificultades de la indicación operatoria y de la elección del momento que debe preferirse para la intervención. Creemos que la conducta operatoria, está íntimamente ligada al criterio clínico, es variable, si además los casos varían también; no podrá ser aplicable una conducta idéntica a todos.

La operación que nos interesa más de cerca es la que vamos a tratar en seguida.

TÉCNICA QUIRÚRGICA (1)

1.° Gran colgajo. — Pleurotomía amplia con neumotorax lento — con o sin aparatos de hiperpresión, cámaras.

2.° Aislamiento de la pleura por la sutura en *arrierepoint*.

3.° Operación en dos tiempos. Provocación artificial de adherencias.

4.° Operaciones en la base del tórax. Doble travesía serosa (pleura y peritoneo). Operación de Israel. — Ideas personales sobre resección de una costilla hasta el reborde torácico para aumentar el acceso a la cara superior del hígado.

5.° Operaciones subpleuro transperitoneal. — Monod Lanelonge — colgajo de Navarro Auvrai. — Posibilidad de utilizar ese colgajo por vía subperitoneal.

6.° Como tratamiento quirúrgico, hay que tener presente también el método Toracoplástico puro, que resulta de la resección costal definitiva sin llegar al foco; tratamiento aplicable sobre todo al empiema crónico — como se sabe — pero que puede tener su aplicación en el tratamiento de las otras cavidades. Su manera de actuar se explica por la movilización de la pared torácica y aplastamiento de la cavidad, obtenidas gracias a la resección. — Aunque su aplicación está muy lejos de deber sistematizarse no por eso puede dejar de ser útil en algunos casos y permite además, abrigar alguna esperanza — todas las veces que por cualquier motivo no se puede terminar una operación empezada; o para aplicar a ciertos casos de extrema gravedad que no permiten llegar a intervenciones más completas.

DEL USO DE LOS APARATOS

De las cámaras diré poca cosa, su juicio no entra en mi competencia. — Pero veo en ellas una complicación grande de ins-

(1) Suprimimos la descripción de las técnicas en la publicación del trabajo. (Véanse los tratados).

trumental. Su uso se comprende bien en la cirugía transpleural del esófago o bronquios y del corazón — pero en las cavidades endopulmonares, cuando hay adherencias, son inútiles, y cuando las adherencias no existen,—por la distención del pulmón,—cirujanos que los han usado, aseguran: que cuando el foco es pequeño son más las molestias que ocasionan, que las ventajas que ofrecen. — ¡Ellos sabrán lo que dicen! y ustedes tienen derecho a pensar por cuenta propia.

Sin embargo, les haré presente una frase de Monod y Vanvers: "Si a pesar de los aparatos, el pulmón entra en colapsus — habrá que harponar el pulmón con una pinza Museaux y traerlo a la herida. ¡Es bastante significativo!

CRÍTICA DE LAS CONDUCTAS OPERATORIAS

Dos cuestiones parecen ponerse frente a frente en las distintas conductas operatorias que señalamos. La primera se relaciona con la manera de tallar el colgajo — la segunda se refiere a la travesía pleural.

En la primera: unos son partidarios de las pequeñas resecciones, porque comprometen poco al enfermo, con buen resultado; otros definen su opinión en la fórmula de Schwuarts. "Incisión y resección amplia", es la que mejor permite no escapar al foco, y tratar con más comodidad el tiempo pleural.

Segunda cuestión, — la travesía pleural, — dos opiniones: los partidarios de la operación en dos tiempos — el primer tiempo, tiene por objeto provocar adherencias pleurales por distintos procedimientos. En el segundo tiempo se abre el foco; con eso se alejan los temidos peligros del neumotorax, y de la infección que hacen grave la operación en un tiempo único.

Otros cirujanos aseguran que el procedimiento puede fracasar; que la espera entre el primero y el segundo tiempo expone:

1.° Por su tendencia a la propagación el foco puede alcanzar un grueso vaso en los días de espera y producirse una hemorragia mortal.

2.° Abrirse el foco en la pleura a pesar de las gazas.

3.° Producirse la vómica después del primer tiempo.

4.° Si se trataba de una cavidad abierta en los bronquios, en esos días infectar el otro pulmón.

Si a eso se agrega que no temen el neumotorax, y que creen posible evitar la infección pleural, piensan que es preferible provocar el neumotorax lento y abrir ampliamente la pleura para explorar completamente el pulmón.

Tal vez pueda decirse concretando más las conductas; que unos son partidarios de la gran resección, neumotorax lento total y abertura amplia de la pleura con operación en un tiempo. Los otros, pequeña resección, adherencias pleurales provocadas y operación en dos tiempos.

Sin declararnos partidarios de la gran intervención, teatral, peligrosa, podemos creer que el procedimiento de operación en dos tiempos puede ser peligroso también, solamente que sus peligros no se nos muestran con tanta evidencia como en la operación única; puede dejar morir, y la responsabilidad del cirujano, que ha hecho poco, es aparentemente nula.

Para juzgar el valor de las hemorragias que inclinan a la operación de un tiempo, recordaremos un caso, de éxito fatal en esas condiciones: Operación en un tiempo, el enfermo no sufre por el neumotorax, no se infecta, pero diez días después muere de hemorragia. Si se hubiera hecho la operación en dos tiempos en ese caso, se le hubiera inculpado probablemente la hemorragia, por la extensión del proceso; sin embargo, en un tiempo no se evitó la extensión. Otros dos casos conozco de sujetos operados en un tiempo, esta vez con adherencias sólidas, y muertos también por hemorragia. Estas hemorragias no pueden ser un argumento contra la operación en dos tiempos por lo tanto. Pero nuestro caso pone de relieve que no hay que inculpar tampoco la muerte al acto único; y es solamente en este sentido que hacemos de él un argumento a favor de la operación única, argumento porque dice, que no siempre será el procedimiento causante de todos los males que puedan atribuírsele con manifiesta exageración; ¡Cuántas veces no será tampoco responsable de las infecciones!

Los procedimientos de que hemos hablado no están en la oposición que aparentan sino cuando se pretende hacerlos sistemáticos. Cuando se dice con Schwartz: *que no debe existir el método de las adherencias,* y cuando se pretende hacer de él la operación preferida excluyendo a las demás. ¡Pero a qué empeñarse en ver tanta rivalidad!—Creer que se puede limitar la cirugía del pulmón, a la creación de adherencias, es tal vez erróneo; no se comprendería que disponiendo de un procedimiento simple, y excelente por sus resultados, los cirujanos se esforzaran en buscar otros distintos, más complicados y menos buenos. Vale decir que estos últimos tienen su razón de ser en el fracaso de los otros. Pero eso no significa que hay que exagerar su aplicación y usarlo en todo enfermo que se presente, de manera que en algunos resulte un exceso evidente de terapéutica — y un mal a veces más grave que la enfermedad misma.

Nosotros podemos, poniéndonos en guardia, buscar la verdad para nuestra práctica, ya aplicando uno u otro procedimiento, o ya aplicando también una conducta intermedia. Es tan lógico que se me ocurre pensar que en realidad, sinceramente, es lo que cree todo el mundo.

Supongamos dos casos opuestos de cavidades endopulmonares, supurados o no, cerrados o abiertos en el bronquio.

Un sujeto tiene una enorme cavidad con adherencias pleurales. ¿No sería de lamentar haberle aplicado un enorme volet, con ocho fracturas de costillas para poner un tubo de *drenaje?*

Otro sujeto tiene una cavidad pequeña pero debe ser operado (esta vez con prescindencia del criterio clínico sistemático). En el drenaje del foco está su salvación. Un cirujano haciendo un volet domina apenas las exigencias del acto operatorio. ¿A ese sujeto le hubieran bastado las gazas subpleurales? ¿ponerlas no es acaso equivalente a la abstención? y la abstención no estaba descartada desde que emprendimos la operación. — La diferencia de métodos: un tiempo, y dos tiempos no es tan radical, los partidarios de uno y otro buscan aislar la pleura — y eso puede muy bien realizarse por la sutura — tanto como por la colocación de agentes irritativos.

En la manera de Tuffier, que practica el despejamiento sub-pleural, pero para buscar bien el foco, con la intención de ir directamente a él, y de operar en un tiempo — y en la manera de Bazy de introducción de un dedo solamente en la cavidad pleural con el mismo fin, encontramos nosotros la conducta prudente; no se prodigan colgajos inútilmente; no dejamos *siempre* el éxito librado al tiempo, y hacemos algo más que poner gazas sin perjudicar al enfermo.

He operado una enferma remitida por el doctor Soca, que tenía, según él, una cavidad pulmonar vaciada en un bronquio. La enferma había tenido una gran vómica, y persistía en ella una expectoración purulenta abundante. En la operación abrimos ampliamente la pleura, que contenía una enorme membrana hidática, había pioneumotorax; el quiste se había abierto al mismo tiempo en la pleura y en el bronquio, un orificio del diafragma conducía a una cavidad subfrénica; por el método de adherencias este caso hubiera quedado incomprendido para nosotros, y el enfermo probablemente no muy bien.

OTRAS OBSERVACIONES

La primera observación que anoto no es de una cavidad pulmonar sino de quiste supurado del hígado.

1.ª OBSERVACIÓN. — El origen de nuestra conducta, en este caso, fué la imposición de un error de diagnóstico. — Se resume en estas pocas palabras:

Sujeto grave que presenta la sintomatología de un derrame pleural supurado, había sido puncionado por un médico que veía anteriormente al enfermo.

Presentaba el sujeto una gran separación entre las costillas inferiores, razón por la cual nos decidimos a practicar la pleurotomía simple sin resección costal.

Operación a la cocaína, incisión clásica de pleurotomía en el 8.º espacio intercostal derecho (en este caso) hasta la pleura. Practicamos una punción que arroja un líquido citrino, que no nos parece suficiente para explicar la gravedad del enfermo — y además existía una punción anterior que daba pus. Inci-

dimos la pleura en la extensión de la herida cutánea para dar salida al líquido pleural evitando el neumotorax por la compresión — *cosa posible,* puncionamos entonces al través del diafragma, obteniendo pus. —Incidimos el diafragma con la pleura diafragmática en la misma extensión que la pleura parietal — y practicamos en seguida la sutura borde a borde de las incisiones en las pleuras — con un *surget* de catgut con lo cual se aisla completamente la cavidad pleural — seguimos nuestra operación abriendo una cavidad intrahepática que vimos — era un quiste hidático supurado. Así, pues, durante la operación cambiamos el diagnóstico de pleuresía supurada, por el de quiste hidático, nada más fácil que ese error en la frontera *tóraco - abdominal,* pero para nosotros esta observación tiene un interés más; pudimos practicar la operación de Israel con toda comodidad — rápidamente a la coaína local, y solamente con la incisión de un espacio intercostal. — Es cierto que la operación de Israel beneficia de la resección de una o más costillas — pero decimos nosotros, ¿es que deben practicarse, si en el momento de la operación la consideramos inútil ni para la comodidad operatoria, ni para el drenaje? ¡Creemos que no!

2.ª OBSERVACIÓN. — De operación a la Israel:

Se resume así: — Sujeto que presenta una sintomatología abdominal vaga — dolores imprecisos, vómitos acompañados de enflaquecimiento, lo obligan a consultar médicos competentes, que hacen diagnósticos de úlcera del estómago, colecistitis y quiste hidático del hígado por turno. Nuestro examen, que no es mayormente famoso, arroja dudas — la observación radioscópica nos da un tumor sobre la cara convexa del hígado. *Levantamiento* de la convexidad hepática por un tumor de mayor curvatura que el hígado — sombra bien nítida; nada en el pulmón.

Se interviene por la vía de Israel como en el caso anterior pero resecando una sola costilla. Sección de los planos superficiales, resección costal como habitualmente, incisión franca de la pleura parietal, la comprensión de esa hoja sobre el diafragma hecha por el ayudante impide completamente el neumotorax — al través de la incisión de la pleura parietal y en los

extremos de ésta, pasamos dos pinzas de Chaput, con las cuales hernianos la pleura diafragmática y el diafragma por la pleura parietal, incisión del diafragma conservándolo herniado con la tracción de las pinzas Chaput se sutura en surget de las dos pleuras y se termina la operación abriendo una colección subfrénica purulenta que al examen bacteriológico se encuentra desprovista de microbios.

En este caso se practica cómodamente la operación de Israel en la resección de una sola costilla.

En esta observación tenemos que señalar la facilidad con que se practica la intervención de Israel con la resección de una sola costilla, y en este caso era inútil pérdida de tiempo resecar más de una.

De paso, ya que hablamos de la intervención de Israel, dejaremos sentada nuestra tendencia a dar a esa vía, como también a la vía de Honod, Vanvers Lanelong, una mayor participación que la que habitualmente se les da en el tratamiento de las afecciones de la cara superior del hígado. La topografía francamente toráxica de esa cara de la víscera; la manera fácil y hasta inofensiva de atacarla justifican plenamente nuestra tendencia. Los que han seguido nuestras clases, recordarán la manera de conducirse, respecto al tiempo "travesía peritoneal". Resulta difícil practicar una segunda corona de suturas para aislar el peritoneo, además, el hígado no tiene tendencia a separarse del diafragma, unido como está por sólidos ligamentos peritoneales y mantenido en contacto por la presión abdominal; por esa razón, basta la protección del peritoneo, por medio de gazas. Por otra parte, el peritoneo hepático, puede estar fusionado con el peritoneo parietal diafragmático, por el hecho de la lesión o porque se ha caído en la zona de adherencias de ligamento coronario. Zona de adherencia íntima entre la cara superior del hígado y el diafragma, superficie de 10 cts. de largo por 5 de ancho, la adherencia al diafragma responde al foliolo derecho del centro frénico, y al pilar derecho del diafragma. Su proyección sobre el torax, es más o menos triangular, con su base al nivel de la 10.ª, 11.ª y 12.ª costilla, y su vértice sobre la 11.ª a 13 centímetros de la línea media.

Si es cierto que la vía de Lanelonge, Monod, Vanvers e Is-

rael permiten abordar zonas anteriores y posteriores, respectivamente, y nada despreciables del hígado, nuestras observaciones cadavéricas demuestran que la exploración de la totalidad de la cara superior puede exigir necesariamente el colgajo de Navarro. Por nuestra parte tenemos en estudio (1) la aplicación del colgajo de Navarro, a un método subperitoneal, y la prolongación de la vía de Israel, hasta el reborde anterior del torax, o sea la supresión casi total de la undécima o décima costilla. Tengo la impresión de que en algunos casos puedan aplicarse ventajosamente los métodos que señalamos. No puedo dar conclusiones terminantes, porque para ello necesitaría un estudio más prolongado en el cadáver, y su aplicación a la clínica. Allá va la idea, que el tiempo decida su destino; perdonen que me empeñe en darlas a conocer; es una debilidad tolerable. (2)

Hemos podido aplicar la misma conducta a algunos casos de quiste hidático del pulmón, recordaremos el siguiente:

3.ª OBSERVACIÓN. — La indicación operatoria fué dada por el doctor Soca. En este caso, la punción preoperatoria, nos había dado líquido citrino en la parte inferior (pleuresía reaccional) y la punción en el 5.° espacio intercostal, líquido color agua de roca, era como se ve un caso de diagnóstico de localización difícil, por la doble lesión; quiste pulmonar y derrame pleural. La incisión de la pleura parietal da lugar a la salida del líquido pleural, no se produjo neumotorax, gracias al volumen del quiste, que toma contacto con la pared pleural, aunque no existen adherencias.

Practicamos en seguida el harponaje del quiste, después la sección, extracción de la membrana, y se termina con la sutura de la pleura parietal por una parte, con la pleura visceral y la periquística por otra. Drenaje, evolución favorable.

Como se ve, en esta operación hemos podido seguir la misma conducta operatoria de los casos anteriores, con la resección de

---

(1) Véase el trabajo toraco laparatomia, página 108.

(2) Esta idea, si no germinó, por lo menos surgió espontáneamente y apareció en un trabajo de Quenú Schwartz.

una sola costilla. Operación en pleura libre, no se produjo neumotorax, se consiguió aislar fácil y seguramente la cavidad pleural, sin sutura previa, y se terminó la operación en un solo tiempo.

En este caso es indudable que se hubiera podido aplicar el método de los dos tiempos con provocación artificial de adherencias; pero nos preguntamos: ¿para qué? La evolución del caso no hubiera podido ser mejor.

Nuestro modo de proceder, en los casos citados, tiene tal vez un lado personal. No se parece al método de Roux que aisla la pleura por la sutura en *arriere point*. Tiene algo de la operación en pleura libre, pero no es el procedimiento *au complet*. En el método de Roux, la sutura de las pleuras puede ser difícil o imposible, cuando existe un derrame pleural. Además, suturando con la pleura cerrada, la aguja puede pinchar el quiste y provocar la caída del contenido en la pleura; por eso encontramos mejor el método de Bazy. Seccionar la pleura parietal en una pequeña extensión, harponar el pulmón, fijarlo y abrirlo, o también abrirlo y fijarlo; con este último modo es posible hacer la sutura borde a borde de la incisión de la pleura parietal con la incisión de la visceral; con el procedimiento de sutura previa, la unión se hace entre superficies pleurales.

La conducta de sutura última, implica la marzupialización de las cavidades; pero eso no debe importar, si bien es cierto que se practica con éxito el cierre y abandono de los quistes no supurados, sin drenaje; nosotros aceptamos la marzupialización, respetando las observaciones de Tuffier; según este autor las cavidades quísticas tienen gran facilidad para infectarse a expensas de los bronquios que adelgazados en pico de flauta surcan la superficie del tumor, prontos para romperse e infectarla.

Nuestro operado presentó inmediatamente a la operación una fístula bronco cutánea, que cura fácilmente y que apoya a nuestro entender las observaciones del citado maestro.

No nos faltan otras intervenciones en que aplicamos conducta idéntica o con ligeras variantes que nos permiten pasar

sin describirlas. No faltarán seguramente casos en los que la manera de proceder que señalamos es inaplicable. Por ejemplo, los casos en que exista un píoneumotorax u otros; pero en esos casos, el cirujano tiene que tomar la salida que más convenga; en algunos casos podemos encontrarnos obligados a llegar a la abertura amplia de la pleura con neumotorax total; en otros por fría apreciación, de las ventajas que puedan haber para el enfermo, limitarnos a colocar gazas o puntos para provocar adherencias; pero, ¿por qué hacer de estos últimos métodos, conductas sistemáticas? En el sistema, encontramos un mal, los casos deben hacer preferir uno u otro procedimiento, entre esos métodos puede caber la conducta bien prudente que señalamos en nuestros casos, conducta en cierto modo intermediaria, que no excluye a las otras ni debe ser excluída por ellas.

La operación en dos tiempos por ser excesivamente prudente, debe ser muy aconsejada al cirujano que se inicia, no por las dificultades que puedan encontrarse en la creación de un colgajo toráxico, que en definitiva no es más que la repetición del acto simple "resección costal", sino por la posible incapacidad de llevar debidamente los tiempos intrapleurales, que en ese caso aumentan como se comprende los peligros para el enfermo. Pero hay que tener presente que el cirujano, que está lejos de su debut, el que como Schawarts encabeza una escuela, de ideales vastos, que quiere abrir y curar una brecha operatoria en un mismo acto, no puede encajonarse en la conducta, que él llama tímida, y quiere ser más activo permaneciendo igualmente inofensivo.

En último término vamos a definir con exactitud la conducta que aconsejamos.

En mi práctica personal, desecho de plano el gran volet temporario, porque si bien su uso es aconsejable en las grandes hemorragias en que la intervención se impone, no resiste la comparación con la sección amplia del espacio intercostal, pleura comprendida, con reparación forzada, y si es necesario sección de las costillas limítrofes en la parte anterior de la incisión, porque este último es muy rápido, poco traumatizante, poco mutilante y da gran luz.

Recordaremos que Sauerbruch y Miculiks lo aconsejan sistemáticamente en la cirugía pulmonar.

Para las cavidades endo-pulmonares, no hay ningún mal en empezar por la resección costal simple, se corta la pleura parietal, si hay adherencias se sigue adelante hasta el pus. Si no existen, se ve el absceso o quiste, o la superficie del pulmón. Si el caso apremia y no da confianza la espera de creación de adherencias; se sutura, con lo cual se aisla la pleura para ir al foco. Si en cambio hay temores para la salud del enfermo, o porque sí, y se abriga confianza en la espera hasta el segundo tiempo, se ponen gazas.

Si no se encuentra nada, hay que hacer una nueva brecha en mejor lugar (?); se puede mejor agrandar la que se había empezado, resecar más costillas, 2, 3 o 4, porque es necesario buscar el pus, el clínico lo exige explorar primero por vía subpleural despegando a la Tuffier, no basta todavía, se abre ampliamente la pleura y se busca mejor.

Alejando las conductas sistemáticas creemos que debe haber lugar para tres intervenciones distintas que pueden ligarse y decidirse durante el acto operatorio pasando de la más simple, cuando es posible, a la necesaria en bien del enfermo. Para realizar esa conducta operatoria, me parece necesario partir del criterio clínico, de la expectación atenta no muy prolongada; porque el criterio de la intervención precoz, lleva casi fatalmente al cirujano a la abertura amplia de la pleura; en cambio la operación muy retardada, se resuelve a menudo por el acto simple de una incisión a través de las adherencias pleurales.

Quisiera con esta exposición, haber dejado en el ánimo de los que escuchan, el convencimiento de que no nos encontramos frente a un problema simple; pretender más, haberlo resuelto, no es posible, sin que nos veamos expuestos a engañarnos. Entre la complejidad inevitable de la clínica y las mentalidades discordes, ¡quién es capaz de encontrar una resultante!

Año 1916.

Manera de abordar la cara superior del hígado

Incisión toraco-abdominal [1]

Frecuentemente, el cirujano tiene necesidad de dirigir su acción sobre la cara superior del hígado. Colocada ésta, como se sabe, bajo la cúpula del diafragma, a menudo esa acción resulta difícil. Por lo que yo conozco, se pueden salvar las dificultades de tres maneras:

1.° Practicando la vía transpleural de Israel.

2.° Practicando la resección sub-pleural del reborde torácico (Monod - Lannelongue).

3.° Por medio del colgajo torácico de Navarro.

Sin entrar a juzgar las ventajas de estos procedimientos, sobre los que cada uno tendrá opinión formada, voy a hacer presente cómo he procedido en algunos casos de mi práctica personal; manera que he ratificado en varios cadáveres, encontrando todas las veces la impresión más favorable...

Sin excluir los otros, pasemos a describir nuestro habitual *procedimiento*. La incisión debe tener una situación toraco-abdominal; empieza en el torax, al nivel de la línea escapular, se dirige hacia abajo, siguiendo la 10.ª costilla hasta el reborde torácico, lo franquea y termina en el abdomen, con la dirección y en la extensión que el caso aconseje. Cortando a fondo sobre la costilla puede encontrarse el gran dorsal, y manojos del gran oblicuo, plano de sección que puede seguirse en el abdomen.

En otro tiempo (del mismo acto operatorio), se practica la resección subperióstica de la 10.ª costilla hasta el reborde torácico, en una extensión que puede variar, pero de la que se aprecia el buen resultado cuando llega a ser de 12 a 15 ctms. En un tercer tiempo se opera más profundamente; si se tiene en cuenta la colocación de la incisión, habrá tres zonas, colocadas de atrás adelante; pleural subpleural y abdominal. En

(1) Trabajo leído en el Congreso Médico realizado en Montevideo en Abril de 1916.

la parte inferior, habrá que atravesar los distintos planos de la pared del abdomen; en la parte media la insección costal del diafragma y en la parte posterior la pleura parietal, primero, y en seguida la pleura diafragmática y el diafragma, lo que exige el aislamiento de la pleura, como en la operación de Israël, practicado ya sea por la sutura o por la colocación provisoria de las pinzas.

Llegados a esta altura de la descripción, haremos presente que la sutura de las pleuras, en la operación de Israël, da la figura de un círculo completo, por ser una operación francamente transpleural. La que aconsejamos, que es una opera-



Fig. 1. — Primer tiempo. Trazado de la incisión; resección de la 10.ª costilla

ción transpleuro - abdominal exige una sutura en U, abierta hacia el abdomen, con la extremidad de las ramas descansando en en fondo del saco pleural.

Practicada la sutura de las pleuras, y la incisión del peritoneo en todo el largo de la herida, se tiene la impresión exacta que da incisión amplia del espacio intercostal (Moty, Miculikz), con la diferencia que se está en la cavidad abdominal, en lugar de encontrarnos en el torax, como en esos procedimientos.

Otro parecido y mayor puede tener el procedimiento que sigue Potempski, en el tratamiento de las heridas tóraco - abdominales de arma blanca, y que hace diez años tuve el honor de seguir, conjuntamente con el doctor Nieto, tratando heridas de esa naturaleza. Ese procedimiento tiene gran razón de

ser en el lado derecho, por disposiciones anatómicas bien conocidas. De todas maneras, si lo que nosotros proponemos estuviera desprovisto de toda originalidad, tendríamos para oponer a la vanidad de la prioridad, el deseo no menos agradable de contribuir a generalizar una conducta que considero buena, beneficiosa, sinceramente, y a la que debo minutos de tranquilidad que creo no despreciables.

En definitiva, proponemos el procedimiento combinado transpleuro - abdominal. Las ventajas del procedimiento que no pueden, seguramente, ser bien apreciadas con la simple descrip-

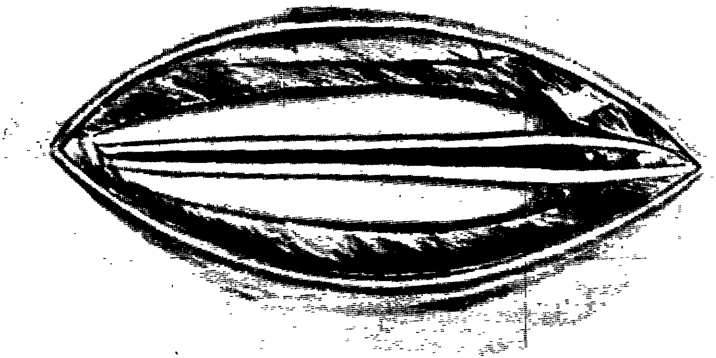


Fig. 2. — Segundo tiempo. La costilla ha sido resecada; se ve la cavidad pleural, el diafragma seccionado; se ve la cara superior del hígado, la vesícula, el colon

ción que presento, serían evidentes para quienes se decidiesen a un ensayo en el cadáver. Pero, es sólo con la práctica clínica que realmente se pueden ver todos los beneficios que es capaz de procurar la utilización repetida del método, o mejor dicho, el uso repetido de un procedimiento como éste, que permite la predominancia del campo torácico o abdominal de la icisión, así como la iniciación torácica o abdominal. A este respecto, creo deber recordar, también, una utilización de necesidad del método, que puede presentarse en las siguientes condiciones. Supongamos que después de practicada una incisión abdominal, dirigida a un quiste hidático del hígado, se ve en

la operación que el acceso hacia éste es difícil, a causa de su colocación profunda; prolongamos entonces la incisión hacia el torax, ya sea para practicar la resección costal de adelante atrás, o ya para pasar simplemente por el espacio intercostal, pero practicando el aislamiento de la cavidad pleural, a medida que adelantamos. Haré presente que esta circunstancia figura considerablemente entre las razones que nos han conducido

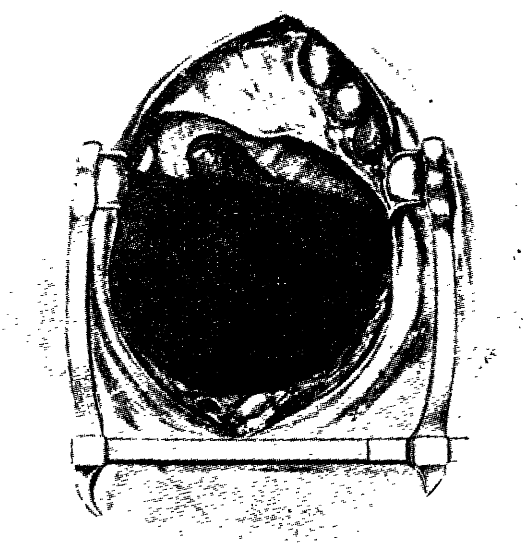


Fig. 3. — Tercer tiempo. La pleura ha sido aislada por la sutura. Separación de los labios de la incisión

a practicar la conducta que aconsejamos. La luz que se obtiene es amplia, el traumatismo pequeño y la mutilación nula.

Si se deseara más luz todavía, podría recurrirse a la sección, en la parte que se quiera, de las costillas limítrofes, 9.ª y 11.ª, para el caso en que se hubiera resecado la 10.ª.

Sospechamos que en el niño podrá prescindirse de la resección costal, como se hace tan amenudo, y limitarse a la simple incisión intercostal, con sutura de las pleuras, de la zona torácica de la herida.

Ensayo de acceso a la «Fosa Frénica»

Colgajo tóraco-frénico

Poniéndonos en guardia contra la inevitable ilusión de ver méritos exagerados en nuestras propias creaciones, y sin ocultar nuestro entusiasmo, mantendremos en el título de este trabajo la palabra «Ensayo»—ya que lo que damos a conocer es el resultado de observaciones en el cadáver,—hasta que nosotros o algún cirujano más afortunado pueda realizar en el vivo la vía que proponemos.

Nuestro punto de partida fué el siguiente: buscar una vía de acceso al cardias que supere las que hasta ahora se han propuesto, y de las que podemos pensar que son malas, basándonos en el poco número de intervenciones que se practican. La abstención casi sistemática de los cirujanos resulta para nosotros ampliamente expresiva, y nos ahorra el trabajo de hacer crítica.

Expondremos en orden nuestra labor, comenzando por la

CONCEPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Después de ensayar nuestra incisión de acceso a la cara superior del hígado (Tóracolaparotomía), que presentamos al Congreso Médico realizado este año en Montevideo, pensamos en la posibilidad de transformarla en un amplio colgajo, seccionando la 11.ª y 12.ª costillas, a partir de la extremidad posterior de la primera incisión (figura 1). El colgajo tiene con los que se practican corrientemente estas diferencias: no exige ninguna sección en su base, porque ésta la forman las partes blandas de la pared abdominal, al nivel del reborde del torax; en segundo lugar, un segmento de diafragma forma parte del colgajo; finalmente la vía es transpleural, y es necesario aislar la pleura

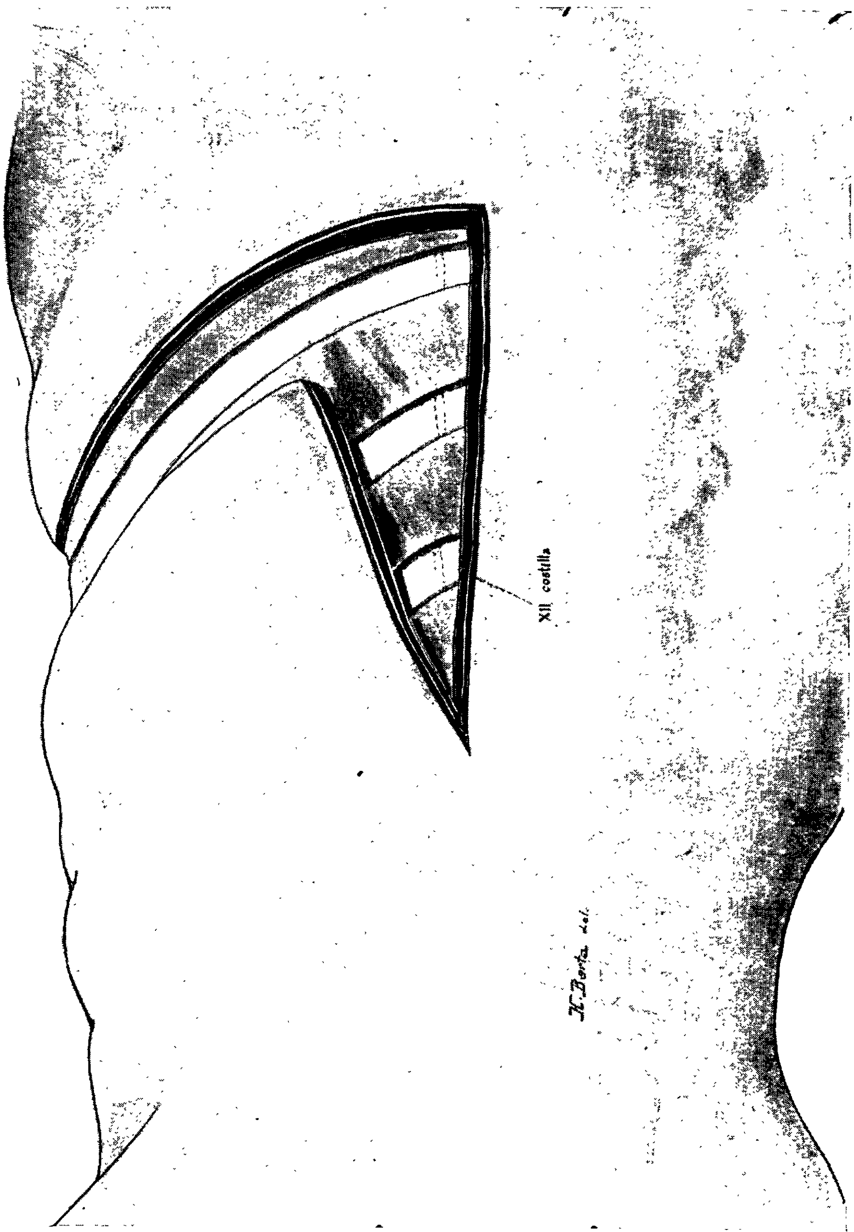


Fig. 1. — Primer tiempo operatorio. Trazado de la incisión, resección de la 10ª costilla y sección de la 11ª y 12ª

por la sutura de su hoja parietal con la diafragmática no comprendida en el colgajo.

Así concebido este colgajo, por razones de topografía debe corresponder a la cara posterior del estómago, al nivel de la retro - cavidad de los epiplones, y lógico es suponer en la vecindad del cardias.

La vía se nos antoja fácil y directa. La colocación profunda del órgano, pensamos nosotros, ha hecho que esta región haya escapado a los beneficios que conceden a otras los progresos de la cirugía. Basta, para convencernos, pensar en la cantidad de intervenciones practicadas por cáncer del píloro, cuyos éxitos ya no se cuentan; y si bien es cierto que el cardias, aparte de su colocación profunda, presenta una fijeza desfavorable a las intervenciones,—obstáculo invariable en todos los casos, con independencia de las lesiones,—creemos nosotros que es facilitar la tarea practicar un colgajo que nos ponga francamente frente al órgano.

ENSAYOS SOBRE EL CADÁVER

Se confirman con ellos nuestras previsiones: el colgajo es de ejecución fácil, y el acceso al cardias amplio. Pero encontramos dificultad para practicar la doble corona de suturas, a imitación de lo que se hace en la operación de Kraske. El órgano no se exterioriza suficientemente, y la dificultad la dan las conexiones esofágicas en el peritoneo y el orificio diafragmático. Hay que aislarlo para que el órgano ceda, pero entonces aparece en el campo el esófago con su capa muscular. En ésta y la mucosa hay que fijar las suturas.

Resolvimos en nuevos ensayos combinar con nuestro colgajo la vía endo - gástrica de resección del cardias; con esto las cosas parecieron cambiar y pudimos resecar,—operando de manera parecida a la de la operación de Witehead para las hemorroides, — *un segmento importante de la zona límite esófago gástrico, y practicar la sutura sin grandes dificultades.* Repetimos el procedimiento, y la tarea se hizo más fácil, en sujetos inyectados con bicloruro en lugar de formol.

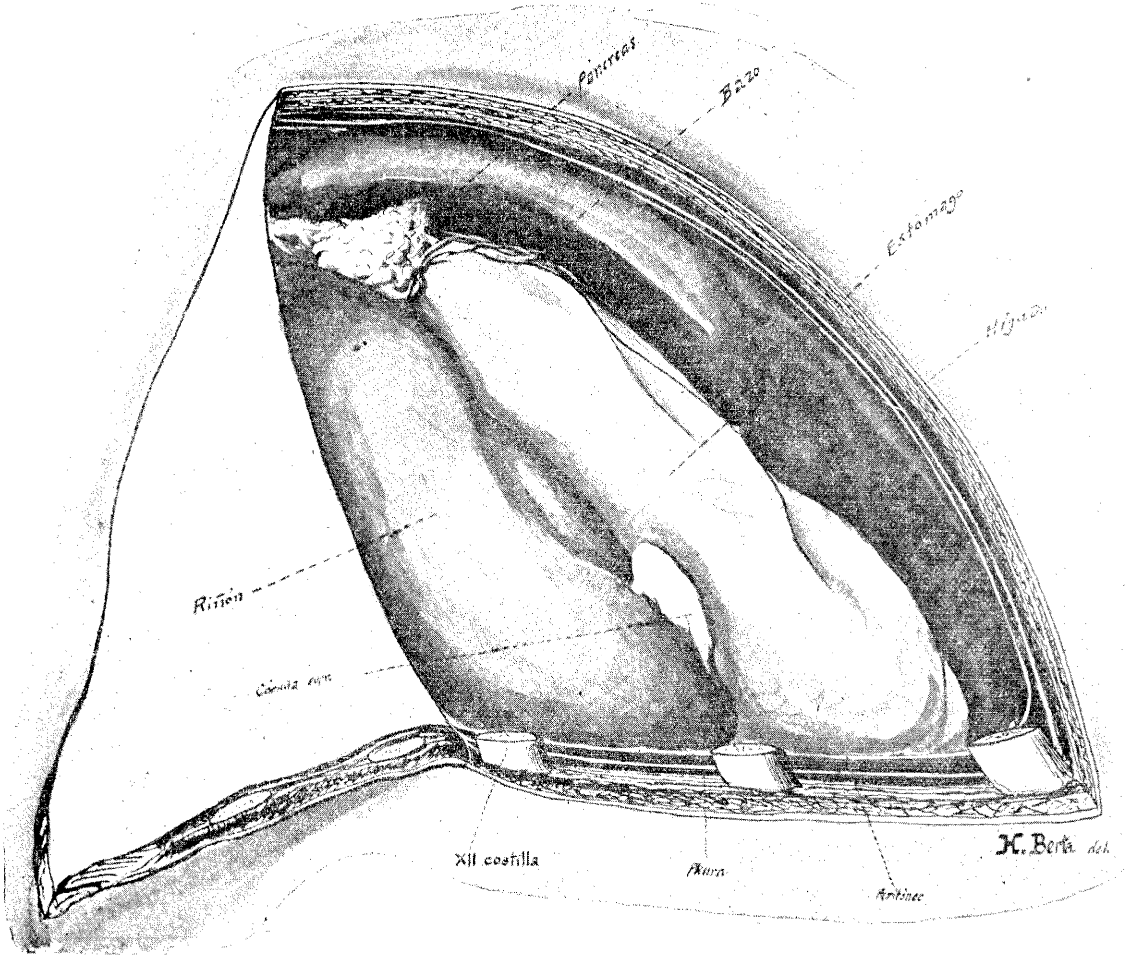


Fig. 2. — Golgajo operatorio levantado (lado izquierdo), comprendiendo el diafragma. Se descubre la tuberosidad gástrica, el riñón y la cápsula suprarrenal, el bazo y la cola del páncreas

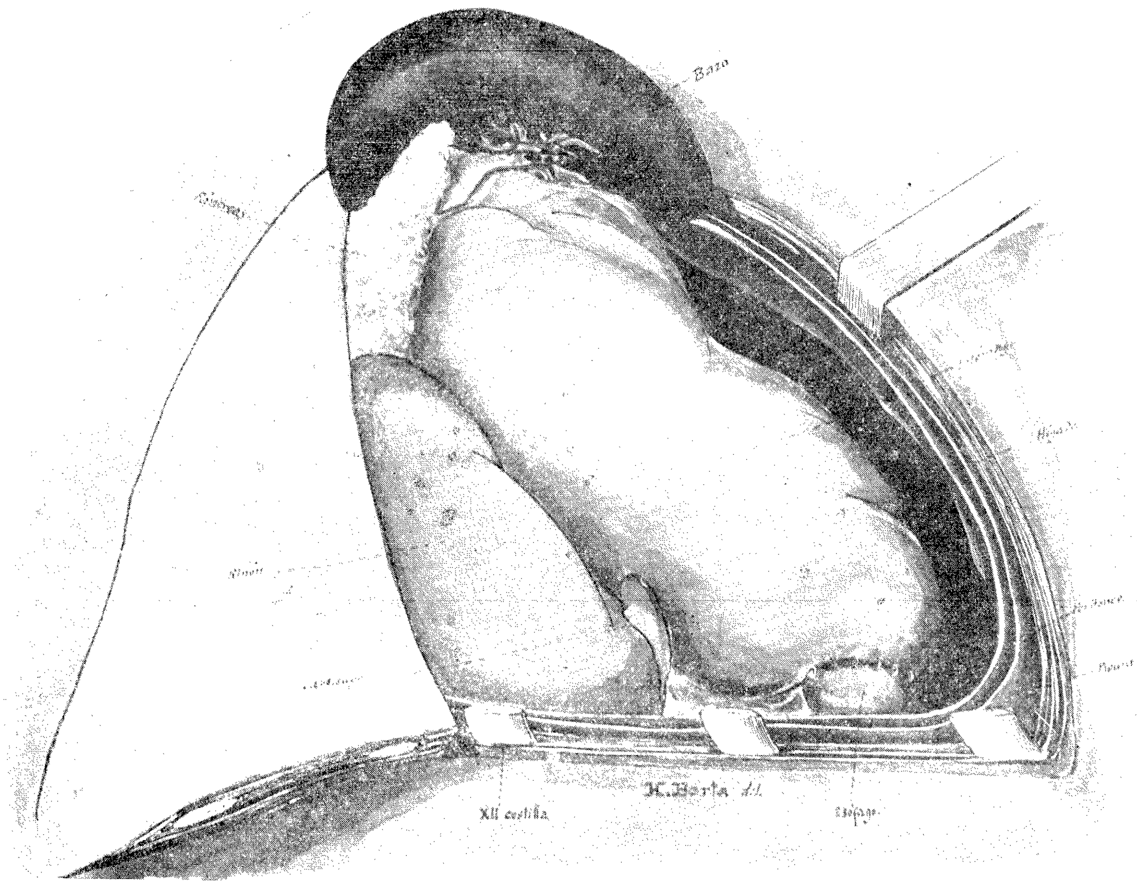


Fig. 3. -- Campo operatorio del lado izquierdo, enteramente descubierto. Sutura gastro-esofágica

En ensayos posteriores he podido hacer la resección previa del cardias y de la gran tuberosidad, seguida de suturas. Es indudable que esta manera de proceder, a diferencia de la vía endogástrica, exige la liberación del esófago abdominal y de la tuberosidad gástrica, fija como se sabe por formaciones peritonales: lig. gastro y esófago - frénicos—con la hoz de la coronaria — lig. gastro y esófago - hepáticos. Sin embargo, en lugar de la sección anatómica de estas formaciones, hemos realizado el aislamiento del esófago, practicando una incisión en el peritoneo gastro - frénico, a través de la cual un dedo puede contornear el esófago librándolo de sus conexiones, manteniéndonos en contacto con la pared muscular del órgano y alejado de los vasos. Después de libre, el esófago es seccionado, y el segmento torácico fijado con pinzas. El segmento gástrico y el estómago nos vienen así a las manos, en la extensión que deseamos resecar; maniobra que facilita la sección de la coronaria. La sección de esta arteria es más fácil después de interrumpir la continuidad del estómago con el esófago.

Pasemos después a las suturas; no son imposibles ni mucho menos, en plano único. ¿Pero hasta qué punto resistirán en el vivo? No lo sabemos. ¿Qué ayuda pueden prestar los botones anatomóticos?

¿Podremos en algunos casos vernos obligados a renunciar al restablecimiento de la continuidad del esófago y estómago y a practicar una gastrotomía después de fistulizar la sección del esófago?

OTRAS APLICACIONES

Si el colgajo que proponemos permite abordar el cardias y el segmento abdominal del esófago, órganos los más profundos y medianos de la fosa frénica, es fácil prever que, tratándose de un colgajo lateralizado, el acceso sea mayor todavía para los órganos más laterales y más bajos de la fosa frénica.

Esta lógica es posterior a la sorpresa que nosotros recibimos frente al campo enorme que se obtiene con secciones relativamente poco extendidas (véanse las figuras 2 y 3). Sin

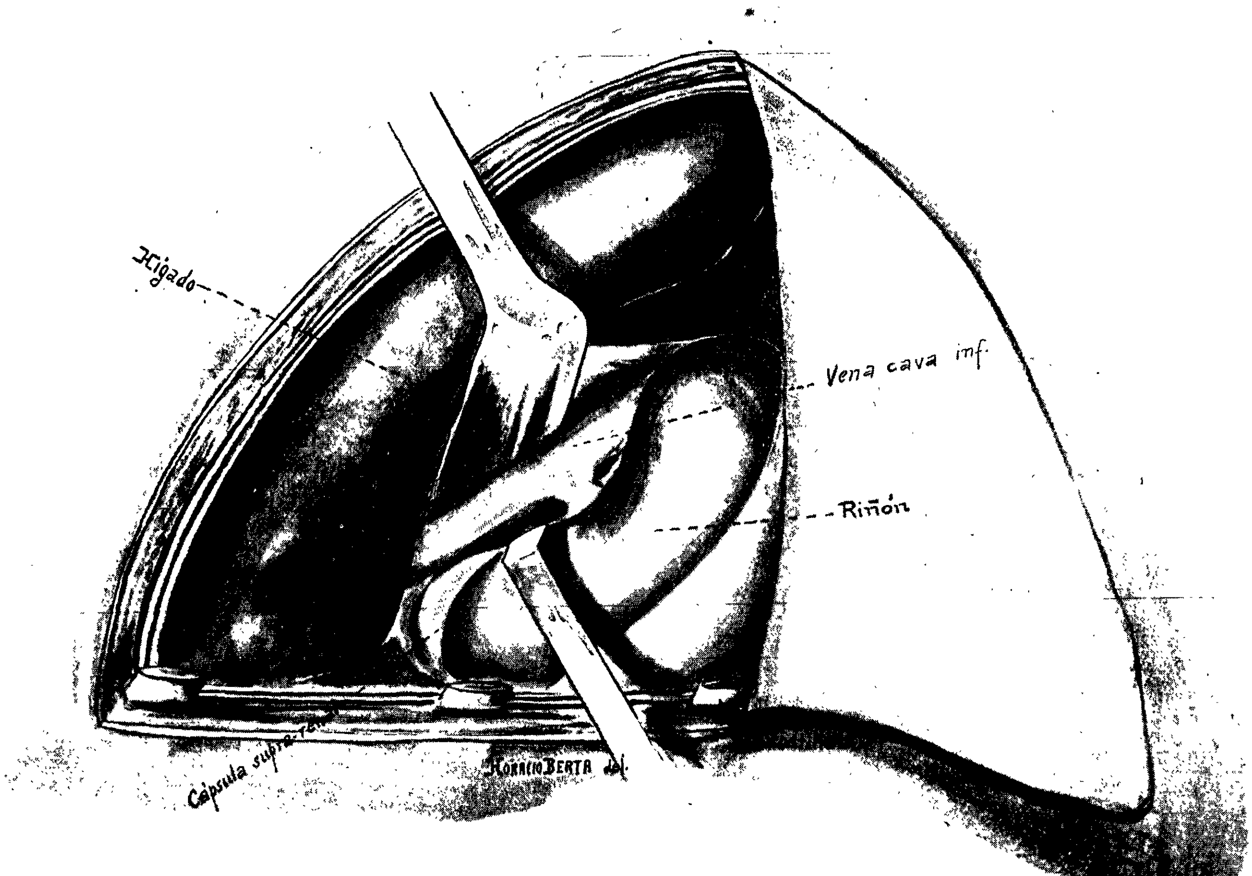


Fig. 4. — Campo operatorio del lado derecho. Se abordan la cara posterior del hígado, el riñón y la cápsula suprarrenal

pretender defender la vía para abordar el riñón, se tiene la impresión de que éste sale solo.

Las cápsulas supra - renales se tienen también bajo la mano y somos dueños de toda acción sobre ellas. No hablaremos del bazo, tuberosidad gástrica, y en el lado derecho la cara posterior del hígado (véase figura 4).

CÓMO SE CONSTRUYE EL COLGAJO

Practicamos una amplia incisión sobre la décima costilla, que se reseca, como solución destinada a hacer fáciles los otros tiempos. En el lugar que corresponde al 10.° cartílago se corta la pared abdominal, peritoneo incluído, avanzando la sección por el lecho de la costilla resecada; así encontramos las pleuras parietal y diafragmática; a medida que las secciones adelantan, se suturan las pleuras. Por último, se seccionan a un tiempo, y descendiendo en la parte posterior de la herida, la 11.ª y 12.ª costillas con el espacio intercostal que las separa; después se moviliza el colgajo, para proceder en la profundidad de la manera que ya hemos tratado.

Tal es la labor que presentamos al juicio imparcial de los cirujanos competentes.

Año 1916.

El uréter juxta - vesical

(Comunicación a la Sociedad de Medicina de Montevideo. Sesión del 28 de Junio de 1918

Hace algún tiempo, estudiando el tejido celular pelviano, tuve ocasión de observar una particularidad anatómica del uréter juxta-vesical, que por considerar de algún interés en la cirugía ginecológica, he creído conveniente hacer presente en esta reunión.

Se dice corrientemente que el uréter, al pasar por debajo del cayado de la art. uterina "perfora la lámina que cierra la base del ligamento ancho".

Si disecamos la cavidad pelviana suprimiendo el peritoneo, nos convenceremos fácilmente de la exactitud de esa afirmación. El uréter se nos presentará a la vista en todo su trayecto subperitoneal, hasta la arteria, pero al nivel de este vaso desaparece debajo y se coloca delante de la lámina celulosa del ligamento y de la arteria vaginal.

Sabemos, por otra parte, que delante de la vejiga existe una cavidad cuya pared posterior está formada por la ap. umbílico prevesical. Dicha aponeurosis se fija por su borde inferior sobre el músculo elevador del ano, desde la línea media hasta la escotadura ciática, dejando por detrás la vejiga, con los órganos de la excavación pelviana.

El uréter, que va a echarse en la vejiga, no puede por lo tanto penetrar a la cavidad de Retziuz, en ningún momento de su trayecto. Estará también detrás de la ap. Pero hay que agregar, asimismo, que está en contacto con ella por su cara posterior.

Podrá, en todo caso, aceptarse que está separado por la formación llamada vaina allantoida, pero hay que tener presente que esa formación es prácticamente indisecable.

La doble afirmación que hemos hecho nos pone en situación de apreciar la verdadera procedencia de la vaina fibrosa que encierra el uréter juxta-vesical.

El uréter está contenido en un "túnel inyectable", dicen algunos autores, y nosotros agregaremos: El túnel lo forman por una parte una lámina que depende de la tienda de la uterina y lleva la vaginal, y por otra, la aponeurosis umbílicoprevesical.

Puede constatarse prácticamente la verdad de lo dicho, de la siguiente manera: Practicaremos un corte mediano de la pelvis y suprimiremos el peritoneo; veremos, como ya dije, que el uréter queda delante y debajo de la tienda del ligamento ancho.

En un segundo tiempo abrimos ampliamente la cavidad de Retzius, con lo que podremos observar que la aponeurosis umbílico-prevesical deja el uréter atrás y arriba.

Pero la doble vía que hemos seguido nos ha aislado el uréter, que va a echarse en la vejiga rodeado de vasos bien conocidos que lo hacen inabordable, y envuelto por las hojas cuya procedencia dejamos señalada. Para el uréter del hombre, la tienda de la art. vesículo-diferencial reemplaza la tienda uterina.

Vista de conjunto de la región retroperitoneal por la desinserción del mesenterio

Comunicación a la Sociedad de Medicina de Montevideo. Sesión del 19 de Junio de 1918)

La posibilidad de practicar en el abdomen el despegamiento entre distintos órganos, o entre algunos órganos y la pared — explicada satisfactoriamente por modificaciones de la disposición embriológica — tiene, para el cirujano, un interés tal, que se nos podrá tachar de abandonados, si alguna vez no se dejara entre nosotros constancia de habernos ocupado. (1)

---

(1) No me ocuparé del clivaje del colon descendente ni del íleopelviano, porque no tengo nada personal que señalar a su respecto.

Los despejamientos, los planos de clivaje en el abdomen están generalmente relacionados con la coalescencia (fusión) de hojas peritoneales puestas en contacto.

Se cree generalmente, que una vez en contacto dos hojas peritoneales, si permanecen inmóviles, se funden en una lámina única; tal es el origen que se atribuye a la aponeurosis de Denonvilliers, a la aponeurosis ombílico prevesical, a los fascias de Treits y de Told.

Se cree, por otra parte, que es posible separar, desdoblar la lámina que resulta de la fusión de las hojas. Eso sería el clivaje. Entendemos nosotros de una manera distinta el *desdoblamiento,* si es que esta palabra debe conservarse.

Tenemos la creencia de que es posible despegar dos hojas recientemente fusionadas, en el embrión; pero no así en el adulto.

El desarrollo del hombre, hay que considerarlo en su ontogenia, y no solamente en su embiogenia — y la evolución del peritoneo no está concluída en el momento del nacimiento.

La adaptación progresiva del rino a la posición vertical, impone modificaciones al esqueleto; no hay ninguna razón para que las vísceras abdominales no experimenten alguna variación.

Acepta Lane que en el estado patológico es posible que en el abdomen aparezcan bridas en ciertas direcciones, de acuerdo con la caída de los órganos y resultantes de un proceso; comparable al de la creación de los pilares de resistencia, por especial disposición de las trabéculas del tejido óseo; de acuerdo con las líneas de esfuerzo. (Teoría de la cristalización de las líneas de fuerza).

Será así para el intestino patológico; pero el intestino normal necesita ser sostenido en su tendencia a la caída, consecutiva a la posición vertical. Porque si no fuera así, a cada rato se tendría un pinzamiento aórtico mesentérico del duodeno...

El intestino normal tiene que estar sostenido. Después de la rotación

Con esta afirmación, pretendo justificar la falta de novedad que pudiera verse en lo que escribo.

Diré de la desinserción del mesenterio; cómo la practico, y lo que he visto con ella en el cadáver:

MANIOBRAS PREVIAS.—1.° *Supresión de gran parte del intestino delgado.* Hemos creído que el intestino delgado dejado intacto, con la multiplicidad de sus asas, molesta grandemente las maniobras, al mismo tiempo que la claridad de la observación. Comenzamos por suprimirlo en gran parte, de manera que quede reducido a un asa que tenga más o menos una longitud equivalente al ciego, colon ascendente y la mitad del transverso. Respetamos el mesenterio en lo posible, porque dejamos por el momento su inserción parietal intacta. Respetamos también las porciones inicial y terminal del intestino delgado. Para ello lo seccionamos a unos 20 centímetros por debajo del ángulo duodeno-yeyunal, y a 20 cms. por arriba del ángulo íleo-cecal, arrancamos después el intestino intermedio a las secciones del borde libre del mesenterio y suturamos entre sí los seg-

del asa mesentérica común, el mesenterio primitivo del embrión recubre el peritoneo parietal primitivo en algunos puntos (conocidos perfectamente); hay un acollamiento, pero después sucede un doble proceso: 1.° de reabsorción de hojas en algunos puntos, de verdadera desaparición por falta de rol: 2.° de hipercondensación en otros por aumento de función, y tales son: hacia la derecha del duodeno, delante del riñón derecho; al nivel del ángulo hepático del colon; en el punto que corresponde a la implantación del ligamento mesentérico ilíaco (cuando existe) y por último (me refiero a la fijación del asa mesentérica común del embrión, para decir por último) por debajo de la tercera porción del duodeno, fijación sólida del mesenterio a la pared, inmóvil, muy fija, razón por la cual el duodeno no puede sufrir compresiones de parte del mesenterio.

Estos puntos de hipercondensación representan verdaderos *broches* que definen y hacen sólida la fijación del asa mesentérica después de la rotación.

Los procesos de reabsorción y de condensación de hojas, cuando están bien equilibrados, contribuyen a la constitución del tipo normal de intestino, de estática perfecta. Sus exageraciones, sus desplazamientos son las ptosis y las bridas.

Pero una vez terminada la evolución no se puede destruir (desdoblar) el acollamiento. La maniobra queda imposibilitada por los broches, las cicatrices peritoneales de que ya hablamos, y cuando practicamos los despegamientos, después de seccionar éstos, caemos en planos nuevos, generalmente más profundos que las hojas de fusión, más subperitoneales, y es por esta razón que cuando se cliva el colon ascendente de derecha a izquierda, levantamos también el duodeno. — NOTA DEL AUTOR.

mentos que quedan. Restablecemos así un asa delgada de 40 cms., más o menos, con todo el mesenterio.

2.° *Levantamiento del gran epiplón.*—Para levantarlo ampliamente es preciso destruir sus conexiones con el colon transverso y con la cara superior de su mesocolon, usando la manera que es habitual en la extirpación del colon. Se cortan las bridas que unen el colon a la cara posterior del epiplón, y que son visibles forzando un poco el levantamiento de la parte libre del órgano que nos ocupa. Observaremos lo siguiente: al nivel de la cabeza del páncreas, el despegamiento puede continuarse por delante de ésta y del mesocolon que también la recubre, hasta el punto en que, una vena que sale de la gran curvatura del estómago va a echarse en la vena cólica superior derecha, o en la mesentérica superior, y que nos impide proseguir. Separar más no es posible,—levantaríamos el estómago, cerca del píloro, a continuación del epiplón—pero la vena de que hablamos lo impediría, porque une el estómago al mesocolon.

Al nivel del cuello y la cola del páncreas, el levantamiento del gran epiplón, que despegamos del colon y del mesocolon, no puede ser continuado sin levantar con él la cola, el cuerpo y el cuello del páncreas, hasta el punto en que la arteria mesentérica superior emerge del borde pancreático. Hay que hacer presente que el epiplón que envaina el páncreas, se pone en contacto con los vasos mesentéricos, pero no los contiene.

Si despegamos el gran epiplón de la derecha hacia la izquierda, libramos la cara anterior supramesocólica del duodeno, y toda la cabeza del páncreas, pero el despegamiento es imposible de proseguir más allá de los vasos mesentéricos, pues, a ese nivel, como ya dijimos, el epiplón envaina al páncreas.

Con lo dicho podemos apreciar hasta qué punto son posibles los despegamientos del epiplón, de que habitualmente se habla en cirugía. El despegamiento del epiplón, practicado con la intención de resecar el colon, es posible hasta hacer fácil la ligadura de la arteria cólica superior derecha. Más de eso no es posible ni necesario.

El despegamiento del gran epiplón, que algunos cirujanos practican con el propósito de gastrectomía, implica la sección de la vena gastro-epiploica, cuando esta vena va a echarse en

la mesentérica o en la cólica; pero en esta operación (gastrectomía) es necesario también seccionar las hojas posteriores del gran epiplón en el momento que van a envainar al páncreas, para no levantar también ese órgano, y para entrar en la retrocavidad de los epiplones.

Tal vez esté demás decir, que cuando perforamos el mesocolon, en las gastro-enterostomías, la perforación comprende también las hojas posteriores del gran epiplón, fusionadas con el mesocolon.

Despegamiento del mesenterio. — Es bien conocida la maniobra del despegamiento del ciego por la sección previa del peritoneo al nivel del surco parieto-cólico, para penetrar en el plano de clivaje que lo separa de la fosa íleo-lumbar. Ahora bien; supongamos el despegamiento más extendido; hasta el ángulo cólico derecho, y avancemos indefinidamente, la separación hacia la línea media, llevaremos el ciego, el colon ascendente y el transverso con sus vasos. Continuando el despegamiento levantaremos la arteria mesentérica con todas sus ramas yeyunales y cólicas. Por último, si continuamos todavía despegando, desinsertaremos el mesenterio pasando por delante de la tercera porción del duodeno, en la parte alta; y en las partes más bajas, por delante de los gruesos vasos abdominales, en los puntos que los recubre la inserción del mesenterio.

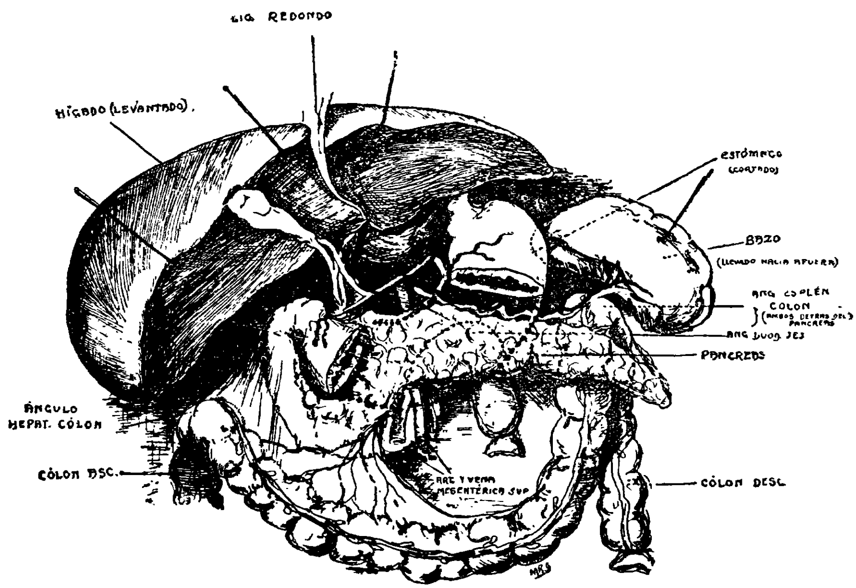
El desprendimiento del meso y la separación del colon, es fácil en todo sentido y amplitud. Agregaremos, lo que es bien conocido, por otra parte, que el uréter tiene tendencia a venir con las vísceras que levantamos. Hay en esto algo de un interés distinto que pasamos por alto. Sin embargo, es fácil dejar al uréter sin levantar, seccionando algunas bridas celulosas.

En lo que respecta al colon transverso y su mesocolon que pasan por delante de su segunda porción del duodeno y la cabeza del páncreas, podemos despegarlo hasta el punto en que la arteria cólica superior derecha sale de la mesentérica, pero no se podrá avanzar más, estamos detenidos como cuando despegábamos el epiplón, entre el cuello del páncreas y el duodeno; pero esta vez, con un meso que va a envainar a la arteria mesentérica.

Hemos practicado el despegamiento de derecha a izquierda.

Podemos hacerlo siguiendo un camino contrario de izquierda a derecha. Si nos ponemos frente a la hoja izquierda del mesenterio, lo veremos insertándose desde el duodeno (3.ª porción y ángulo) hasta la fosa ilíaca.

Para despegarlo en este sentido no es preciso practicar ninguna sección peritoneal a bisturí, basta deprimir fuertemente el mesenterio, para que se despegue, o partir de las fosetas duodenales cuando existen y agrandarlas, lo cual es ya un principio de despegamiento.



Vista de conjunto de la región retroperitoneal por la desinserción del mesenterio

Por lo demás, constatamos la misma facilidad para despegar, que cuando la practicábamos de derecha a izquierda, y si se quiere nada impide combinar las dos vías.

Levantamiento del mesenterio. — Libres por una parte el ciego y el colon hasta la arteria mesentérica superior con su meso, y libre también de su inserción posterior del mesenterio con el asa corta que nosotros fabricamos, podremos sorprender con toda claridad, la continuidad del mesocolon despegado, con el mesenterio, y también ver que la hoja izquierda del mesen-

terio se continúa con la hoja despegada de los mesos del colon. La hoja izquierda y la hoja despegada miran hacia atrás; la arteria mesentérica atraviesa el eje, de lo que parece ser un asa común que tiene a la izquierda el intestino delgado y a la derecha el colon.

Libre en casi todo su contorno — la encontramos fija por la arteria mesentérica — por la continuidad del intestino delgado al nivel del ángulo duodeno-yeyunal, y por la continuidad con el resto del colon transverso.

Todo el mundo está de acuerdo en describir al intestino embrionario tres asas sagitales en continuidad de arriba abajo — asa duodenal, asa mesentérica común y asa terminal; — pues bien: lo que nosotros hemos despegado no es más que el intestino equivalente al asa mesentérica común del embrión, con la diferencia de estar desplazada; fuera de eso el parecido es completo.

Suprimidas todas las conexiones de la cara posterior de tal asa, resulta, ésta, francamente movilizable, y podremos levantarla hacia arriba, hasta que su cara posterior se transforme en anterior, o también solamente hasta hacerla horizontal, de modo que la cara izquierda mire hacia abajo. El eje de este movimiento será la implantación de los vasos mesentéricos, que pasan por debajo del cuello del páncreas y por arriba de la tercera porción del duodeno, — esta porción se pone a la vista por su cara anterior, que ha sido primitivamente izquierda, dado que el duodeno se fija a la pared posterior del abdomen por su cara derecha.

El levantamiento del asa, destruye el ángulo duodeno-yeyunal, al mismo tiempo que nos hace ver claramente que por un simple movimiento de caída del asa mesentérica flotante sobre el duodeno fijo puede crearse el ángulo duodeno-yeyunal y nos muestra también que el mesenterio del asa común con el meso del duodemo, se ponen en contacto por caras del mismo nombre, izquierdas, en la concavidad del ángulo.

Levantada el asa vemos también que es dentro del anillo duodenal que emergen los vasos mesentéricos, con *casi* todo el me-

senterio del asa común primitiva, con todo el intestino que a ese mesenterio está ligado, vale decir, hasta la anastomosis de las arterias cólicas superiores, derecha e izquierda.

Más allá del anillo duodenal el mesenterio movilizado, responde al músculo de Treitz, sobre el cual parece continuarse el codo que para el intestino es ángulo duodeno-yeyunal. El levantamiento del asa destruye el ángulo, pero el codo del mesenterio sobre el músculo de Treitz, persiste; para que ese codo desaparezca, es necesario torcer el asa en el sentido de las agujas del reloj, de modo que el ángulo duodeno-yeyunal quede por arriba del colon transverso.

Destruído el codo, observamos que la cara anterior de nuestra asa, se habrá hecho derecha y que se continúa por la convexidad del ángulo duodeno-yeyunal, con la cara derecha del duodeno fijo a la pared posterior, o también (solo a veces), libre, en el área de una foseta retro-duodenal. Por otra parte, la cara derecha de nuestra asa, destorcida, se continúa directamente con la cara derecha del resto del mesenterio y del asa *terminal* (colon descendente). Este último detalle puede apreciarse bien, si a los despegamientos descriptos se agrega el despegamiento del mesocolon transverso y descendente.

EL DUODENO. — Decíamos que el desprendimento del mesenterio podría iniciarse de derecha a izquierda, y viceversa. Desde el punto de vista práctico, tal afirmación es exacta, pero las constataciones posibles en cada una de las maneras, nos muestran alguna diferencia.

Si practicamos el despegamiento, avanzando de izquierda a derecha, podemos observar que conjuntamente con el mesenterio se levanta también una pequeña lámina compuesta de dos delgadas hojas salidas de la cara anterior y posterior del *procesus uncinatus* del páncreas. Esta hoja, que parece fijar el *procesus* al mesenterio, no sabemos que se mencione.

El duodeno queda adherente a la pared posterior del abdomen y el uréter no tiene tendencia a acompañar lo que se le-

vanta. El duodeno puede después levantarse aparte, y también de izquierda a derecha, con el fascia de Treitz y sus vasos.

Si el despegamiento se practica de derecha a izquierda, nos da la impresión de que es realizado en un plano más profundo que en la manera inversa. Dijimos ya que el uréter tiende a despegarse y venir en lo que se levanta. Pero viene también con lo que levantamos, una fuerte lámina, que pasando por detrás del duodeno, arrastra también este órgano despegándolo de los planos profundos. ¿Lo que levantamos es el fascia retro-duodenal de Treitz?; pero un Treitz más profundo en todo caso, que desborda el marco duodenal para fijarse en el mesenterio.

En realidad penetramos en el plano subperitoneal, como creo que pasa en la maniobra de Jonnesco.

La lámina anterior, que contiene el *procesus uncinatus,* separa el duodeno de los vasos mesentéricos, la lámina posterior lo separa de los órganos más retro-peritoneales que él; con más propiedad, de los órganos embrionariamente retroperitoneales.

Entre las dos láminas el duodeno puede resbalar como si estuviera contenido en un canal fibroso, que dada la situación del duodeno, realiza con respecto a él, y al parecer una verdadera protección. Dentro de ese canal (permítaseme el nombre), el duodeno rodeado por un tejido celular flojo, de brillo semejante a una sinovial, es muy móvil, y afecta en definitiva una disposición parecida a los otros segmentos del tubo digestivo desprovistos de peritoneo. Así como el esófago, cuya musculatura desnuda resbala entre los órganos del mediastino, fijándose a ellos por prolongaciones músculo-celulares; así también el duodeno resbala, dentro de su peritoneo, y se fija por prolongaciones, de las cuales el músculo de Treitz representa un sólido conglomerado.

Esta disposición del duodeno es indiscutiblemente post-embrionaria. Flotante como todas las asas, en un principio se fija y es recubierto por el mesenterio, el que le ofrece un nuevo peritoneo que es el que lo recubre en el adulto. Dentro de ese nuevo peritoneo——el suyo embrionario, parece haberse fundido o transformado en una serosa de resbalamiento.

Visto de esta manera, el duodeno se aleja un poco del estudio

corriente que de él se hace, y que parece limitado a su contemplación superficial.

Llegados aquí, tenemos la impresión de que no será una pura fantasía, sospechar de dos cosas que se presentan al espíritu; la verdad de una: o el duodeno está contenido en un sólido canal de protección, cuya importancia y mecánica no ha sido sospechada, o bien el duodeno, por su posición, debe intervenir más activamente de lo que se cree en la producción de ciertas sintomatologías abdominales, ligadas a las ptosis. Se conocen dilataciones agudas del estómago por oclusiones arterio-mesentéricas; se citan casos de comprensión duodenal, por ptosis del riñón derecho, dando dilataciones crónicas. Y se conocen también dilataciones post-operatorias, en nefropexiados, atribuídas a la tracción y acodadura del duodeno. ¿Es posible que la ptosis del colon, que implica una ptosis de su mesenterio, no tenga repercusión sobre el duodeno?

Quizás esta anatomía nos explicara alguna modalidad propia de la mecánica del duodeno. ¿Nos puede contestar la radiografía?

Este asunto no nos pertenece.

El ciego y colon ascendente.— El aspecto que representa la cara posterior del ciego y el colon ascendente, varía también, cuando se varía el sentido en que se hace el despegamiento.

Cuando levantamos el mesenterio de izquierda a derecha, el ciego nos presenta a la vista sus fibras musculares. Mientras que cuando incindimos el peritoneo del surco parietocólico para despegar hacia la izquierda, el ciego nos presenta sus fibras recubiertas por una densa capa celulosa disecable, que le da una gran analogía con la que presenta la cara posterior del recto.

ALGO SOBRE EVOLUCIÓN EMBRIOLÓGICA DEL INTESTINO. LA ROTACIÓN MESENTÉRICA (1)

Por la desinserción del mesenterio al mismo tiempo que la constatación de la posibilidad de realizarla en el adulto, y de probables aplicaciones en cirugía — no sé cuáles, en este momento — obtenemos un conocimiento mayor de la anatomía del duodeno, tal que no temo la siguiente afirmación:

¡Repita el que guste las maniobras que aconsejo, y tendrá seguramente la impresión agradable de que sabe más!

Pero los despegamientos son el pan nuestro en cirugía y hasta en las disecciones diarias. De familiares, ya no conocemos a sus autores. Nosotros hemos pensado, al llevarlos a sus extremos posibles, que, además de las constataciones hechas, nos servía para explicarnos la evolución que exige el paso de la disposición embrionaria a la del adulto (rotación del asa mesentérica común), ya que esos despegamientos son, de acuerdo con todo el mundo, huellas de la evolución.

Ser original aquí, no es el caso. ¿Qué debemos hacer? Romper la pluma fuera tal vez prudente; pero también es sano tomarla para sellar nuestra admiración por Fredet. Podría titular lo que escribo: *De cómo entiendo a Fredet, después de pensar y trabajar mucho.*

Partimos nosotros aceptando el hecho de que los vasos arteriales y venosos imponen la disposición del peritoneo, o si se quiere hacer una afirmación más innocua, *se disponen como si la impusieran.*

Ya hemos dicho que el gran epiplón es una formación que tiene relaciones secundarias con la cabeza del páncreas, y con los vasos mesentéricos que están en contacto con la cara posterior de la bolsa epiplóica, pero de ninguna manera contenidos en su espesor.

El cuello, el cuerpo y la cola con el bazo son solidarios con

(1) Pido al lector perdone las posibles repeticiones, en mérito a la dificultad propia del tema.

la formación del epiplón, por más que a este respecto puedan existir distintas opiniones.

Pero de todas maneras, en el adulto se puede despegar el epiplón de la cabeza del páncreas, y no se puede despegar del cuerpo.

La arteria mesentérica superior, al salir bajo el borde del páncreas, emite tres ramas: 1.ª La pancreático-duodenal inferior, que une la mesentérica al duodeno y a la cabeza del páncreas contenida en él; 2.ª La primera rama intestinal, que va a las partes del intestino delgado vecinas al ángulo duodeno-yeyunal. Esta rama corre en el adulto de arriba abajo y a la izquierda, pero en el embrión corre de abajo arriba; 3.ª Una rama que va al meso-colon transverso del adulto, arteria cólica superior derecha, que se dirige de abajo arriba en el adulto, pero que en el embrión va de arriba abajo.

Recordaré también aquí la vena gastro-epiploica derecha, que va a echarse en la mesentérica, pasando delante de la cabeza del páncreas adulto, que significa de la cara izquierda embrionaria, y además, una unión primitiva entre vasos de la gran curvatura gástrica y el mesenterio, por el lado izquierdo.

La arteria mesentérica común, vaso del asa común, tiene ramas, entre las que podemos hacer notar diferencias; por una parte, ramas que da por su extremidad o próximas a su extremidad, respondiendo por su multiplicidad al desarrollo del asa común y flotantes como ella; y por otra parte, ramas nacidas cerca del origen de la arteria, y colocadas en la base, parte fija del asa común.

Las ramas que nos interesan son las de la base, y entre ellas es que contamos a las tres ramas ya citadas: cólica superior derecha, rama del ángulo, y arteria pancreática duodenal inferior.

Estas ramas, que nosotros llamaremos basales, nos prueban la conexión que mantendrán, más tarde, el duodeno y páncreas (cabeza) con el colon que corresponde a la base del asa mesentérica común, vale decir, una amarra del colon en el punto que responde a la cólica superior derecha, o sea a la porción que en el embrión se llama ángulo colo - esplénico, porque

es allí que el colon que deriva del asa común se continúa con el colon del asa terminal, de donde viene la cólica superior izquierda.

Pero también, el asa mesentérica por la vena gastro-epiploica, rama de la gran curvatura y del epiplón de evolución solidaria con el cuerpo del páncreas, se fija a estos órganos.

La vena gastro-epiploica pasa por delante de la cabeza del páncreas—órgano de desarrollo embriológico, solidario con el duodeno—que saca irrigación sanguínea de los mismos vasos pancreáticos duodenales superiores, salidos de la gastro-duodenal, y p. d. inf. salidos de la mesentérica.

Pero hay otra conexión venosa que se hace a mayor distancia, entre el asa terminal y el páncreas; es ésta la de la vena mesentérica inferior, que pasando esta vez por detrás del páncreas, va a la esplénica, vena que pertenece francamente al meso-gastro posterior. La cola y el cuerpo del páncreas con circulación distinta de la cabeza, y ligados con el asa terminal por la mesentérica inferior, son concordantes con el proceso evolutivo que nos ocupa, y con una anomalía, que más adelante señalaremos. Pero, por otra parte, nos hacen sospechar que pudieran resultar de su buena y debida apreciación, que nosotros no podemos hacer, datos de interés, en el estudio del desarrollo del páncreas.

Hemos puesto de relieve conexiones entre las bases de las tres asas mesentéricas embrionarias: A través de la base del asa duodenal—conexiones gastro - mesentéricas — y a través de la base del asa mesentérica, hasta el codo que la une al asa terminal, y más alejadas, entre la v. m. inf. y la esplénica.

Suponiendo que las arterias impiden el alargamiento de las bases de las asas y permitan, en cambio, el desarrollo de las partes libres, con la extensión que corresponde al adulto, pequeña para el duodeno, mayor para el colon, y enorme en el yeyuno íleon, nace de tal modo de desarrollo la necesidad de la torsión. ¿Por qué de izquierda a derecha? El duodeno con la vena porta retro-duodenal (primera porción), se fija por su cara derecha, para progresar su fijación de arriba abajo, siempre derecha. La vena mesentérica superior, pasa en cam-

bio a la izquierda del duodeno (3.ª porción) ; igual colocación con relación al colon, tiene la vena mesentérica inferior, que pertenece al asa terminal y que se fija por la cara izquierda.

Recordaremos que la vena mesentérica inferior corre en dirección al páncreas para echarse en la superior, o en la esplénica, al nivel del cuello.

La fijación del asa duodenal por su cara derecha, y del asa terminal por la izquierda, colocadas en continuidad por arriba y abajo respectivamente con las extremidades basales del asa mesentérica común, inician el sentido de la torsión mesentérica de izquierda a derecha.

Conexiones gastro-cólicas, y progresión de izquierda a derecha, con fijación por cara izquierda del asa mesentérica común — en continuidad de fijación izquierda con el asa terminal — son hechos evidentes.

El asa terminal se fija a la pared posterior de abajo arriba hasta el ángulo esplénico del adulto, de allí en adelante el colon transverso, ofrecerá su cara superior antes izquierda al bazo; al gran epiplón con el páncreas, y al músculo de Treitz, que se presenta como para no dejar pasar, fijando el ángulo duodeno-yeyunal.

El lado cólico del asa mesentérica común ha ascendido fijándose por su cara izquierda. Pero el duodeno, fijándose por su cara derecha y progresivamente de arriba abajo, lleva el ángulo duodeno-yeyunal más abajo que el colon, se desplazan así las extremidades del asa común. Desplazada el asa, está, sin embargo, flotante, y en ese momento se asemeja a nuestro desprendimiento mesentérico del adulto.

Flexionémosla en su base, sobre el músculo de Treitz, y dejémosla caer continuando su fijación, hasta el grado que tendrá en el adulto, y que puede, por eso, originar su variedad de disposiciones.

Sabemos que el duodeno se ha fijado por su cara derecha, que el asa común fija siempre su cara izquierda, el punto de unión entre las dos deberá presentar un codo, y lo tiene al nivel de la inflexión sobre el músculo de Treitz que, por

otra parte, fija el ángulo. Hay que tener presente que la fijeza del ángulo, e inflexión del asa, son cosas que coinciden, pero que no son causa y efecto.

Yo creo más bien, que el músculo de Treitz es causa de ambas disposiciones.

El músculo de Treitz.—Se fija por una parte en el ángulo duodeno yeyunal, donde continúa francamente la musculatura del intestino para dirigirse hacia arriba e insertarse en el pilar izquierdo del diafragma. Cuando se diseca da la impresión de que fuera algo así como una vaina resistente de la arteria mesentérica (lado izquierdo) confundida con ramas nerviosas que vienen del ganglio semi lunar izquierdo.

¿Qué rol puede haber jugado ese músculo durante la rotación del mesenterio?

Por de pronto, es imposible que él ocupe en el feto la misma posición con relación a la ar. mesentérica que en el adulto, porque hubiera impedido la rotación o, por lo menos, a ser ésta posible, debería estar rodeado por un asa arterial, que pasara por debajo de él, y no es así.

Se concibe bien la rotación a pesar de la inserción intestinal del Treitz del siguiente modo: El músculo se inserta en el pilar izquierdo del diafragma, y el mesenterio en la línea media, luego el músculo para encontrar su inserción en el intestino será oblicuo abajo y hacia adentro.

La arteria mesentérica tiene que cruzar el músculo de Treitz para distribuirse en el asa mesentérica común que está más abajo que la inserción del músculo, y lo cruza pasando por arriba y por la izquierda.

La rotación intestinal llevará la art. mesentérica primero hacia arriba, destruyendo el cruce (aunque en realidad está bastante alta, pues se dirige al divertículo de Meckel), y después cuando cae, hacia abajo, pero entonces ocupando el lado derecho del músculo, posición que tendrá en el adulto. De manera que la arteria y el mesenterio en que está contenida, giran, en cierto modo, alrededor del músculo de Treitz.

La arteria cólica superior derecha, en unión con la cólica

superior izquierda, forman una gran asa que abraza, a distancia, el músculo. Este arco representa para nosotros la traza del trayecto que ha recorrido la arteria.

Igual significado puede tener el arco, más cerrado que en su parte terminal, presenta la vena mesentérica, rodeando el Treitz por la izquierda, y por arriba, en el momento que va a echarse a la esplénica o a la mesentérica.

El interesante músculo se nos presenta como el eje central alrededor del cual giran las vísceras digestivas, para tomar su colocación definitiva.

Está contorneado por el mesenterio, de abajo arriba, y de izquierda a derecha.

Pero, por otra parte, el páncreas, al nivel del cuello lo contornea también, aunque en un sentido distinto, de abajo arriba y de derecha a izquierda.

Es, pues, a su nivel, que la cara izquierda del meso-gastro con el páncreas y la cara izquierda del mesenterio, se ponen en contacto girando en sentido contrario.

Nos aproximamos al fin de nuestra descripción, en la que deseo dejar establecidas las afirmaciones siguientes:

Al nivel del ángulo duodeno-yeyunal y del músculo de Treitz, se establecen tres contactos peritoneales entre caras del mismo nombre.

1.° La hoja izquierda del meso-duodeno y la porción inicial de la cara izquierda del asa mesentérica común o porción superior del mesenterio adulto, concavidad del ángulo duodeno-yeyunal.

2.° La hoja derecha de las porciones del meso-duodeno que pasan la línea media (4.ª porción y mitad izquierda de la 3.ª porción) con la derecha del meso-colon descendente.

3.° La hoja izquierda del meso-colon transverso con la hoja izquierda del meso-gastro, representado por la cara posterior del páncreas, primitivamente izquierda y, si se quiere, también por la cara primitivamente izquierda del gran epiplón.

Anomalías

Una anomalía observada en el cadáver.—En el Instituto de Anatomía poseemos una pieza anormal—que fué hallazgo de auptosia. Se trata de una colocación exageradamente alta del ángulo esplénico del colon, con recorrido ascendente en caños de fusil, — de las porciones de colon transverso y descendente, vecinas al ángulo, — disposición que le da cabida entre los casos de contacto del ángulo con el diafragma que entre nosotros están señalados en una publicación del doctor Prat.

Por otra parte, el segmento intestinal de que hablamos — ángulo y zonas adyacentes — tienen una colocación francamente retro-pancreática. La anomalía tiene, para nosotros, un gran interés, porque está de acuerdo con el concepto de evolución peritoneal que aceptamos. Nos aparece como una detención y exageración de disposición embrionaria, digna para oponerse a los casos más citados de colocación pre-pancreática del meso-colon transverso. Para nosotros estos casos no significan más que una post-fijación.

Anomalía constatada "in vivo". — Ultimamente tuvimos ocasión de poder constatar *in vivo*, un caso de ausencia de torsión del mesenterio. No pude hacer una exploración completa por temor de perjudicar al enfermo — que operábamos por neoplasma del píloro, del que hice resección, y del que ahora me pregunto: ¿Cómo hubiera de realizarse, en este caso, una anastomosis isoperistáltica de gastro-enterostomía?

Practiqué la anastomosis gastro-intestinal, a la Pauchet, que, como se comprenderá, resultó simplificada.

En ese caso, de aspecto parecido a las láminas, de ausencia de torsión, que pueden encontrarse en los libros, pudimos constatar solamente:

Existencia de un meso-duodeno páncreas flotante, con enorme volumen del duodeno, de aspecto parecido al estómago.

El ángulo duodeno-yeyunal no existe, y el codo duodeno-yeyunal, apenas señalado, hace pensar en la longitud no habitual del músculo de Treitz.

Evidencia el pasaje de los vasos mesentéricos de izquierda a derecha, a través del meso-duodeno páncreas flotante.

Concluyendo:

Las maniobras anotadas con el propósito de reconstituír en el abdomen adulto una disposición semejante a la embrionaria, nos ponen en situación de pensar que realizamos prácticamente un camino inverso al recorrido en la evolución normal del feto al adulto.

Tanto es así, que maniobras de otro orden o contrarias a la que nosotros realizamos, ni son fácil y naturalmente posibles, ni concordarían con ninguna de las aplicaciones prácticas que actualmente explotamos en cirugía.

Por otra parte, al seguir la evolución del embrión al adulto, nos hemos esforzado en contribuir a suprimir algunas lagunas que nos parecía existir, dentro de la manera habitual de presentar la rotación, y serían éstas: el pasaje del ángulo duodeno-yeyunal, debajo de los vasos mesentéricos antes de ser un verdadero ángulo, esto es, cuando está representado solamente por un codo del asa primitiva.

El ángulo lo forma la caída del mesenterio, en un principio, levantado y sostenido por el divertículo de Meckel; y existe un argumento de orden histológico en favor de esta afirmación; es el siguiente: que el límite del duodeno y el yeyuno para el microscopio no se hace a nivel del ángulo exactamente, sino en zonas más o menos vecinas.

Definimos la situación del músculo de Treitz con respecto a los vasos, sin lo cual la torsión es casi imposible de comprender.

Explotamos en beneficio de la fijación peritoneal la colocación que el estudio del desarrollo embriológico de la vena porta y sus ramas le impone a estos vasos. (Véase la embriología). Pues se sabe que la anastomosis embrionaria, dorso intestinal sub-pancreática, de las venas vitelinas, es la única que persiste en el adulto y la que llevará la sangre del mesenterio dorsal (vasos mesentéricos), al mesenterio ventral (vena porta), colocada a la derecha del duodeno.

Concluiremos así:

1.° Aceptamos la fijación previa del duodeno, por su cara derecha, progresando de arriba abajo y conteniendo la cabeza del páncreas.

En los primeros períodos con la arteria mesentérica flotante o sostenida al nivel del divertículo de Meckel, la fijación del duodeno puede pasar la línea media del cuerpo, aun sin formar ángulo, y puede deprimir hacia la izquierda al mesenterio que encuentra al pasarla.

La vena porta que va al hígado pasando por la derecha del duodeno favorece su fijación por la cara derecha.

2.° Fijación del asa terminal por la cara izquierda, no perturbada por la fijación duodenal. Los vasos mesentéricos corriendo por la hoja izquierda, de las asas mesentéricas común y terminal, como lo prueba el hecho de la perforación del meso-duodeno, por estos vasos, haciéndose porta, favorecen la fijación por la cara izquierda.

3.° La fijación del asa mesentérica común está en franca continuidad con la del asa terminal.

La vena mesentérica superior está unida con el estómago por intermedio de la vena gastro-epiploica que se echa en ella.

Correspondiendo ambas venas al lado izquierdo del meso-gastro y meso-colon respectivamente, evidenciamos la conexión del meso-colon transverso y de la gran curvatura gástrica, por caras izquierdas, favoreciendo la rotación por esa cara.

4.° Fijación tardía del meso-gastro posterior y del páncreas (cola, cuerpo solamente) sobre el meso-colon transverso. Porque la v. m. inf. pasa detrás del páncreas para echarse en la esplénica.

5.° Fijación última del asa mesentérica común, flexionándose sobre el músculo de Treitz, apoyándose en él por su cara izquierda, y cayendo para continuar su fijación siempre izquierda sobre la pared, y sobre el duodeno ya fijado.

6.° El duodeno ya fijado por su cara derecha, ofrece al

mesenterio su cara libre, izquierda, y el contacto por caras del mismo nombre del mesenterio y del meso-duodeno, implica necesariamente la formación del ángulo duodeno yeyunal.

A MODO DE APÉNDICE

Yo no puedo pensar, por legítima vanidad, que toda la contribución de carácter puramente mental que pueda existir en estas páginas, sea falsa. Pero supongamos que realmente lo fuera. Habríamos, de todas maneras, anotado los siguientes hechos:

Constatación de la posibilidad del despegamiento total del mesenterio adulto con el meso-colon ascendente y la mitad del transverso cargando todas las ramas de la art. mesentérica superior, y sin hemorragia. Un discípulo exaltado frente a la maniobra, dijo: "¡La pan-operatoria retro-peritoneal!"

Aportamos dos anomalías interesantes, constatadas una en la auptosia, otra *in vivo.*

Para las otras constataciones e ideas expuestas, y con la brevedad que me obliga a pedir disculpas, me bastaría con que hubieran resultado, para los demás, como lo son para mí, un programa de observación futura, que creo puede dar buenos frutos.

Por mi parte, ya veo cosas nuevas que no he anotado en este trabajo, y la observación hecha por otros con distinta orientación de miras, puede ir más lejos de las actuales previsiones.

Practicando el despegamiento que doy a conocer, yo tuve una gran sorpresa por lo que había encontrado. ¿Novedad?

En tal caso, de una magnitud un poco grosera! Me resultó por eso en los primeros momentos, imposible que así fuera; pero después, analizando un poco pude observar detalles anatómicos pasados por alto por una parte, y por otra, aclaraba conceptos un poco obscuros.

Pero había otra razón, que me alentaba. Habiendo disecado durante tantos años, dictado cursos (durante algunos menos), yo no había visto lo que en un momento dado encon-

tré tan claramente, contando, por otra parte, no menos de dos años de meditación alrededor del asunto.

Es así, que llego hasta aquí, convencido de que hay vulgaridades que para ser alcanzadas nos han exigido cerca de 20 años; y las obscuridades que puedan encontrarse en esto que leo y dejo escrito, no habrán de reclamarle tanto tiempo a los que en adelante quieran interesarse.

A propósito de dos casos de Esplenectomía

(Comunicación a la (Sociedad de Medicina de Montevideo (Sección de Cirugía y Urología). Sesión del 28 de Agosto de 1918)

En ocasión reciente, hemos podido ocuparnos de los planos de clivaje infra-mesocólicos del abdomen.

El abdomen supra-mesocólico presenta también dos clivajes, cuyo interés han puesto de manifiesto largamente los cirujanos. De los dos, el más estudiado es el derecho, retro-duodenal, ampliamente explotado en la cirugía de las vías biliares, y menos, desgraciadamente, en la cirugía cefálica del páncreas. Este clivaje de asiento, en realidad, a la vez supra e infra-mesocólico, por la colocación del duodeno, aunque preferentemente supra-mesocólico, hemos tenido ocasión de tocarlo en el estudio ya citado.

El otro clivaje de colocación izquierda, es francamente supra-mesocólico, y lo constituye al plano, retro-gastro-pancreático, que nos permitiremos tratar a la ligera, con motivo de dos esplenectomías, que pudiéramos llamar complicadas, ya que las operaciones van más allá de la simple extirpación de ese órgano. Trataremos también el peritoneo cardio-esofágico, en primer término, y no tan a la ligera como los libros comunes, aunque sin darle gran extensión.

Al nivel del cardias existen tres ligamentos peritoneales: el *primero* continúa el gastro-hepático (pequeño epiplón) sobre el esófago, y se llama *pars* condensa del pequeño epiplón. Tiene dos hojas: la hoja anterior, hacia la derecha, va al hígado, y no al surco transverso, sino al surco del canal de comunicación porto-cava (parte posterior del surco longitudinal izquierdo), hacia la izquierda va a la cara anterior del estómago y del esófago, hacia abajo al pequeño epiplón y hacia arriba sobre el diafragma o la hoja inferior del ligamento coronario. La hoja

posterior de este ligamento contribuye a formar la pared anterior del atrio de la retrocavidad de los epiplones y se continúa: hacia abajo sobre el pequeño epiplón; hacia la derecha, sobre el surco del canal porto-cava, hacia la izquierda se continúa con la hoja derecha de la hoz de la coronaria, y hacia arriba va al fondo del saco que forma el límite superior del *atrium burse omentalis,* colocado entre la cava y el lóbulo de Spigel, por una parte, y por otra, la aorta por arriba de la coronaria, el fondo llega a la hoja inf. del lig. coronario.

El ligamento esófago-hepático puede ser avascular, pero puede contener también una rama que la coronaria da al hígado, y que, en algunos casos, irriga todo el lóbulo izquierdo.

El segundo ligamento es la hoz de la arteria coronaria; para verla completamente, lo mejor es cortar transversalmente el estómago en su mitad, y tratar de levantarlo, con lo cual se tiende la arteria y aumenta el relieve del ligamento; su borde inferior y derecho es libre; su cara derecha se continúa con el ligamento que acabamos de describir, y por allí la coronaria de su rama al hígado; esta cara limita también a la línea media, el fondo de saco del *atrium burse omentalis.* Por su cara izquierda se continúa con el tercer ligamento, que vamos a describir.

El tercer ligamento es el gastro-frénico. — Prácticamente avascular, sus dos hojas no están en contacto íntimo en todas sus partes, porque entre ellas, una zona gástrica y esofágica, de forma de hoz, toma contacto con el diafragma. Haciendo una fuerte tracción hacia abajo sobre el estómago, la superficie de contacto gastro-frénica disminuye, y las hojas del ligamento tienden a acercarse por su cara subperitoneal; de sus hojas: una responde a la retrocavidad de los epiplones, desde la pared gástrica hasta el diafragma, cierra la retrocavidad por arriba del nivel del ligamento gastro-esplénico, la hoja posterior del cual continúa hacia arriba, y por arriba de la cara anterior del ligamento pancreático esplénico; la otra es la que se presenta continuando hacia la izquierda la cara anterior de la gran tuberosidad. Podríamos decir que esta hoja es al estómago, lo que la hoja izquierda del peritoneo del colon descendente

es al colon. Así como el de este órgano va a la pared lumbar formando el surco parieto-cólico izquierdo, la del estómago va al diafragma, formando un surco gastro-frénico.

En síntesis podríamos describir el peritoneo esofágico, partiendo de un concepto teórico, y mostrando cómo este concepto es modificado por la realidad. El concepto teórico es: siendo el esófago un órgano extraperitoneal en el torax, para hacerse peritoneal en el abdomen, y de forma cilíndrica; pasando del torax al abdomen, debe tener, al entrar, una envoltura peritoneal, que afectará con relación a él, la misma disposición que las sinoviales tienen en sus extremidades, con relación al tendón que envainan, vale decir, un fondo de saco de forma anular, en el que se establece la continuidad entre la hoja parietal y visceral.

Así sería el peritoneo del esófago, si la realidad no perturbara la disposición con la existencia de los tres ligamentos que hemos nombrado, y que son: a la derecha, el ligamento gastroesófago-hepático; hacia atrás, el pancreático-gástrico (hoz de la arteria coronaria) y hacia la izquierda el gastro-frénico.

La mitad anterior de la zona anular no está modificada, y a ese nivel, el peritoneo, partiendo de la cara anterior del estómago, se dirige hacia arriba, cubre la cara anterior del esófago, y se refleja sobre el diafragma.

Es la hoja izquierda del ligamento gastro-diafragmático la que tenemos que incindir si queremos despegar la tuberosidad gástrica. Pero practicando ese despegamiento, vendrán con el estómago, el bazo y la cola del páncreas. En el cadáver, el despegamiento del páncreas puede llevarse hasta el cuello, de manera que la cara posterior de este órgano se haga anterior, destruyéndose con eso la vuelta que el páncreas hace a los vasos mesentéricos y al músculo de Treitz.

Con lo establecido se desprende: que para hacer una resección gástrica pura al nivel de la gran tuberosidad, habrá que destruír las conexiones que tiene el estómago con el bazo y el páncreas, órganos que tienden a acompañarlo, y explotar, en cambio, esa tendencia natural, si queremos comprender esos órganos en la extirpación.

De manera que para resecar un segmento cilíndrico de estómago a la altura de la gran tuberosidad y cardias, hay que seccionar: en la parte más alta el lig. gastro-esófago-hepático, la hoz de la coronaria y el ligamento gastro-frénico; y en la parte baja destruir la unión del ligamento gastro-frénico, con los ligamentos pancreático y gastro-esplénicos, porque si no lo hacemos, el bazo y el páncreas son arrastrados al querer despegar la tuberosidad gástrica.

Dicho esto, pasemos a describir nuestras esplenectomías.

Primer caso.—Esplenectomía y pancreatectomía de la cola. Operamos con el doctor Gaminara un enorme tumor del bazo; una vez extirpado, tres y medio kilos, (tamaño poco más grande que el hígado), con el diagnóstico de neoplasma, después de estudio no poco prolijo, cuyo mérito no nos pertenece.

En la intervención podemos exteriorizar el órgano, que no es adherente, y perforamos el ligamento gastro-esplénico, con el objeto de dirigirnos al pedículo, contenido en el pancreático esplénico, como es bien conocido. Nos fué imposible encontrar los vasos, que se ocultaban debajo de una enorme masa ganglionar. En vista de la imposibilidad, nos dirigimos a la cara posterior del ligamento pancreático-esplénico que despegamos de la pared, arrastrando la cola del páncreas, con los vasos esplénicos y la masa ganglionar; con la amplia exteriorización obtenida, resecamos el bazo con la cola del páncreas y los ganglios que los unen, la ligadura de la esplénica resulta enormemente simplificada sobre la cara posterior del páncreas.

Estado post-operatorio excelente.

Actualmente no tiene nada de particular ostentar un éxito de esplenectomía, por más que la extirpación haya incluído la cola del páncreas, tan lejos estamos de las primeras observaciones constituídas por puros fracasos.

Un fracaso es también la segunda operación que presentamos. El haberla practicado significa también atrevimiento de nuestra parte, pero es el atrevimiento de algunos que teniendo lo posible como base, y haciendo adeptos, pueden llegar a dar algún día éxitos que signifiquen un avance para el arte quirúrgico.

Si la observación puede tener alguna utilidad, aunque se nos condene, podemos quedar conformes.

Se trata de una operación que nos vimos obligados a llevar más lejos de lo que pensamos al iniciarla. Consistió en lo siguiente: Resección de un amplio segmento gástrico (gran curvatura y tuberosidad) del bazo, cola del páncreas y ángulo izquierdo del colon.

Todos estos órganos formaban un bloc, indivisible, pero a pesar de su masa, movilizable, sobre los planos profundos (riñón, cápsula suprarrenal, órganos retro-peritoneales aún en el embrión), y pueden ser exteriorizados con la incisión y maniobras de que hablaremos más .adelante.

Los ganglios invadidos forman parte del bloc, ya que dan la razón de la propagación del tumor, pues comprenden los de la gran curvatura gástrica y los del hilo esplénico.

El origen embriológico común de las vísceras atacadas con la existencia de una fascia de *acollamiento* retro-pancreático, debido a la fijación secundaria de esas vísceras a la pared posterior del abdomen, puede darnos la razón de la movilidad de la masa, y nos hacen posible la extirpación.

En definitiva, el secreto de tan extensa extirpación, radica en su mayor parte en el conocimento de un plano de clivaje retro-gastro pancreático, que arrastra consigo al bazo; sólo el colon exige tiempos especiales para su separación (en este caso sección del ligamento frénico cólico derecho, despegamiento y sección de su meso).

Haremos notar que la extirpación del colon en el caso que presentamos y que a nuestro juicio debe haber contribuído a agravar la intervención, fué una necesidad de último momento, porque habiendo desprendido los órganos supra-cólicos, al bascularlos hacia abajo, sobre el gran epiplón como eje, los encontramos adherentes a la hoja superior del mesocolon transverso, y ya había pasado el momento de detenernos.

Como dijimos cremos que ese tiempo fué un motivo importante de agravación para el enfermo y debemos declarar que insistiríamos en la intervención, en algún caso parecido al que presentamos, sólo en el caso de encontrar el colon indemne.

No entramos en mayores detalles de la operación, porque para el que conoce la anatomía, nos bastará con decirles que las maniobras a practicar no se distinguen en nada de las conocidas en la extirpación del ciego, en el despegamiento del duodeno, para abordar el colédoco, y otras.

Los demás tiempos se imponen: restablecimiento de la continuidad del tubo digestivo, ligadura de la arteria esplénica, al nivel de la sección del páncreas.

Tal es la operación que hemos practicado; dijimos ya que el sujeto falleció (dos días después de la operación). No pudimos practicar auptosia, pero antes que inculpar al *shoc*, preferimos creer que fué debido a alguna falta operatoria: falla de las suturas o hemorragia. Esta última posibilidad es fundada en el hecho de haber encontrado una arteria esplénica muy frágil por esclerosis, que en la operación se desgarró dos veces por la estricción de la pinza Kocker.

La anatomía y los maravillosos clivajes, que tanto explotamos en cirugía, hacen posible esta operación. La fisiología no parece oponerse; ¿tendremos derecho a nuevas tentativas?

La incisión que empleamos.

Dice Río Branco: "Si conforme a los consejos de Assmy Kocker, etc., se debe cortar la pared abdominal (1) de manera que se respeten los nervios, la logia esplénica podrá abordarse de acuerdo con la incisión de Czerny Kocker Kausch".

"Si por el contrario, no se tiene cuenta de las secciones nerviosas, y se quiere simplemente abrir la pared abdominal lo más cerca posible de la logia esplénica, nos parece que hay que dar preferencia a las incisiones adyacentes al reborde torácico".

Tratando este asunto, no podemos dejar de citar al doctor Navarro; primero, porque las enseñanzas que de él tenemos, son gran parte de lo que sabemos; y segundo, porque es bien conocido que a su nombre está ligado un colgajo destinado a intervenciones sobre la región que nos ocupa, colgajo con el que se obtiene la movilización subpleural y ultra-cartilaginosa del

(1) R. Branco. «Anatomía del plexo celíaco», pág. 277 (absceso del bazo).

reborde torácico. Además, últimamente tuvimos el honor de acompañarlo en una brillante operación de extirpación del grupo gangliolar profundo de la cadena coronaria, ocasión en que vimos aplicada su manera de proceder.

Por nuestra parte, creyendo aportar algo personal, dejaremos apuntado cómo procedimos en el caso que presentamos, ya que tuvimos un amplio acceso sin necesidad de recurrir a las incisiones paracostales que, según Río Branco, son las mejores, pero que cortan los nervios del músculo recto del abdomen. Nosotros empezamos por practicar la incisión mediana supra-umbilical, con la que los cirujanos inician habitualmente la operación. Juzgando posible la extirpación, debridamos oblicuamente hacia arriba y a la izquierda, hacia el reborde torácico, y añadiremos la extirpación de 2 cms. de la extremidad ósea de la 7.ª costilla. El debridamiento hacia la izquierda se hace cortando a tijera los tejidos de la pared cargados sobre la mano izquierda, a la manera de siempre, cuando se agranda una incisión abdominal, sólo que en este caso, la sección avanza sobre el torax. (1) Si la pleura se abre, es saturada en cada uno de los labios de la herida para aislar la cavidad.

Resulta en definitiva un colgajo en V hacia arriba, que puede fácilmente movilizarse luxando los cartílagos que contiene y exponiendo de ese modo, ampliamente, la fosa frénica.

En conjunto, la incisión se parece a la primera de las señaladas por Río Branco, pero vamos más lejos, no respetamos el reborde del torax.

Ahora bien, preguntamos: ¿Qué razón tenía Río Branco para detenerse? ¿Era, acaso, el reborde una frontera inviolable?

Sacamos de la manera de Navarro, la movilización de cartílagos comprendidos en el colgajo, y, además, combinados a las maneras anteriores, nuestra incisión tóraco-abdominal.

Terminando nuestra comunicación, nos complacemos en hacer resaltar lo siguiente:

---

(1) La rama izquierda de la V es igual a la que nosotros hemos descripto con el nombre de incisión tóraco-abdominal.

La utilización del clivaje retro-gastro-pancreático, que hemos practicado *in vivo;* clivaje por lo menos poco usado.

Señalar una incisión que puede mejorar la defendida por Río Branco, completándola con las maniobras propuestas por Navarro, y con nuestra "Tóraco-abdominal". Hacer presente la facilidad de la operación presentada a mis colegas, invitándoles a tentarla, en algún otro caso, y deseándoles el éxito a que aspiré sin que me fuera posible obtenerlo.

Nefropexia por vía transperitoneal

Comunicación a la Sociedad de Medicina de Montevideo). (Sección de Cirugía y Urología). (Sesión del 28 de Agosto de 1918)

Todos respondemos, más o menos, fatalmente a explotar el filón que pudo ofrecernos el hecho casual de haber arañado alguna vez el rincón en que se nos ha colocado.

El destino ha querido hacer de nosotros, antes un ratón de cadáver que un ratón de biblioteca.

Mirando vientres, llegamos a creer un día, que el ángulo del colon derecho, con su ligamento frénico, pudiera sostener al riñon. Pensamos entonces que encontraríamos un riñón flotante todas las veces que el ángulo cólico estuviera caído, y viceversa, que la constatación radioscópica de un ángulo có-lico muy bajo debería hacernos encontrar móvil al riñón de los sujetos en que tal disposición fuera hallada.

La observación de los casos demuestra una coincidencia que está muy lejos de ser rara. Pero con todo, no parece que pue-da establecerse francamente relación de causa a efecto, porque también la observación ha hecho ver casos de riñón móvil, con colación alta del ángulo cólico, y casos de colon bajo con riñón fijo, o por lo menos, no palpable. Y, por nuestra parte, pode-mos decir más todavía, por haber operado un caso de ausencia de rotación del asa mesentérica común, que no tenía colon en el lado derecho, caso en el que, a pesar de eso, el riñón estaba fijo, como pudimos comprobarlo por la palpación directa del órgano, durante una operación abdominal que practicamos en el sujeto.

Este asunto nos lleva, por otra parte, a pensar lo siguiente: es indudable que la colocación baja del ángulo cólico puede aparecer en circunstancias muy distintas. El ciego y el colon pueden estar descendidos por ptosis verdadera, como el riñón

móvil, como cuando aparece en las hernias por deslizamiento, en cuyo caso se realiza un grado grande de esa ptosis.

Pero el ciego y el ángulo cólico, pueden también tener una fijación baja del otro orden, ligada esta vez a las múltiples variedades de fijación del asa mesentérica común, pudiendo estar perfectamente fijo en su posición anormal. Pudieran asemejarse estos casos, a los de colocación anormal del riñón, que no derivan de la movilidad, sino de su disposición congénita.

La divagación que antecede es nacida del programa que realizamos tratando un caso de riñón móvil en circunstancias un poco especiales.

Presentaba el enfermo, procedente de Canelones, asistido por el doctor Legnani, una sintomatología del corte oscuro, digestiva y dolorosa, de las que a menudo nos hacen vacilar al orientarnos en busca de su verdadera causa.

Esta vez encontramos un riñón móvil (que ya había sido hallado por distinguidos colegas de Montevideo), y, además, su zona apendicular dolorosa a la palpación. El examen radioscópico da un ciego y ángulo cólico, muy bajo este último en la fosa ilíaca. Además, observando al enfermo en posición de Trendelenburg, creemos comprobar un ciego muy móvil.

Temiendo más por el apéndice que por el riñón, decidimos operarlo de lo primero, y tentar al mismo tiempo alguna acción sobre el riñón.

Practicamos un Jalaguier un poco alto, y resecamos el apéndice. Vemos en seguida que el ángulo cólico, muy bajo, deja expuesta la región renal. Incindimos entonces el peritoneo parietocólico, al nivel del ángulo, y penetramos en la logia renal. A través de la incisión peritoneal se exterioriza el órgano y se hacen en él dos puntos perforantes habituales en las nefropexias. Con esos dos puntos fijamos el riñón a lo que pudimos, aponeurosis anterior del músculo transverso del abdomen, delante del cuadrado lumbar y al peritoneo próximo al ligamento triangular derecho del hígado; en su cara subperitoneal, como es de suponerse. Después cerramos de nuevo el peritoneo parieto-cólico, y damos algunos puntos de sostén al ángulo cólico, ocultando con él la sutura peritoneal.

Visto el enfermo dos meses después encontramos su riñón fijo, aunque palpable, y ha podido abandonar la faja que acostumbraba a usar, sin sentir mayores molestias, aunque persisten algunas.

Por nuestra parte, declaramos que no hemos pensado en ningún momento que haríamos una cura maravillosa. Pero no estará desprovisto del todo de interés, señalar el hecho de la fijación del riñón, practicada por la vía que hemos señalado. Nos resulta menos cruenta que la posterior y posible en el curso de una intervención abdominal (por apendicitis o litiasis biliar). No pretendemos oponer una vía a la otra, queremos hacer presente la vía anterior, y diremos también que la fijación del riñón a las costillas, como en algunos procedimientos, con catgut que la rodean, nunca nos ha satisfecho.

Otra manera de nefropexia

Haremos, por ahora, una descripción breve, prometiendo para más adelante el fundamento anatómico.

Cuando nosotros palpamos un riñón móvil y comprimimos su polo inferior, entre la mano anterior y la posterior, sentimos que el riñón escapa entre los dedos para entrar de nuevo en su logia. Si mantenemos la presión, el riñón no puede salir, pero si aflojamos las manos suficientemente, al riñón cae de nuevo.

Ahora bien: el riñón para escapar de su logia, tiene que hacerlo entre los músculos de la pared lumbar, y el peritoneo pre-renal prescindiendo de los fasias peri-renales, pero como los músculos no ceden, es el peritoneo el que debe levantarse para dar paso al riñón. ¿Cómo podríamos impedir el levantamiento del peritoneo y, en consecuencia, la caída del órgano? Hemos pensado en una intervención semejante, en su acción, a la presión hecha por las manos, en el momento de reducir la ptosis.

Para ello abrimos la pared abdominal al nivel del borde externo del músculo recto anterior del abdomen, con lo cual podemos hallar el riñón caído, a través del peritoneo parietal pos-

terior. Haciendo la presión necesaria, reintegramos el riñón y mantenemos la reducción, aplicando el peritoneo contra la pared muscular. En seguida daremos dos puntos, en U, con seda, de manera que las ramas que van hacia atrás perforen la pared muscular. Las ramas serán atadas entre sí por debajo de la piel, para lo cual practicamos una incisión de sólo un centímetro, nada más que con el objeto de poder ocultar los puntos que deben ser definitivos. Anudados los cabos, las asas de la doble U reemplazan la comprensión de la mano, mantienen el peritoneo y el riñón no puede caer. Sutura de la piel en la incisión posterior y sutura de la pared anterior.

Anatomía del peritoneo hepático (1)

(Comunicación presentada al Congreso Médico Nacional de Río Janeiro 13-20 de Octubre de 1918)

Empezaremos por manifestar que aspiramos a que se nos perdone el poco valor que pueda tener este trabajo, ya que su presentación responde, en primer término, a que queremos, siquiera sea en forma modesta, tener el placer de que alguna contribución nuestra se vea honrada, figurando entre los asuntos tratados en el importante Congreso de Río Janeiro.

Podemos pensar, es indiscutible, que la Anatomía aún macroscópcia, no es uña ciencia concluída y que, como todas las otras ramas de la Medicina, responde a la evolución, por sí misma o porque debe contestar a menudo a las preguntas que le dirige la Cirugía.

Por otra parte, es indudable también que, aunque la Anatomía es una ciencia de hechos, no por eso sus verdades dejarán de estar sometidas al espíritu del investigador: de manera que para ciertos hechos, pueda darse la paradoja de que dos afirmaciones distintas respecto de una disposición, puedan resultar igualmente exactas. Esta grave afirmación quiero justificarla con un ejemplo: Se dice que cuando se corta el peritoneo del surco parieto-cólico, con la intención de despegar el ciego, con esa maniobra se arrastra el uréter, y eso es verdad, todos podemos confirmarlo repitiendo la maniobra. Pero también es cierto que si nosotros despegamos el ciego de izquierda a derecha, como lo aconsejamos en un trabajo nuestro, el uréter no acompaña al órgano que levantamos.

Quiero decir más, respecto de los conocimientos anatómicos:

(1) Con este estudio, creo que dejamos agotado el tema tejido celular del abdomen, y planos de acolamiento viscerales. Los trabajos son verdaderos resúmenes, pero creo que contienen las ideas completas que deben desarrollarse, en el futuro, con las posibles (y ya realizadas por mi parte) aplicaciones quirúrgicas

el duodeno, por ejemplo, tiene una anatomía que pudiéramos llamar previa, que es la que resulta de sus observaciones *in situ* después de abierta la pared abdominal. Ahora bien, este estudio, aunque pueda ser exacto, no será suficiente. Parece, en cambio, que penetramos mucho más su realidad anatómica, si en vez de contentarnos con el estudio superficial, llevamos más adelante nuestra disección, levantando el gran epiplón, como en las gastrectomías, como aconseja Pauchet, bajando el colon y despejando el duodeno a expensas de la fascia retro-duodenal, como se hace en las operaciones que buscan descubrir el canal colédono en la porción retro-duodenal.

Las afirmaciones que anteceden deben preceder nuestra descripción, y creemos nosotros que, de no ser aceptadas éstas, las que siguen sufrirán el mismo rechazo.

Nuestro deseo es que sean admitidas, si es que se encontrara en ellas algún mérito. Si bien es cierto que no siempre se tienen a mano asuntos del interés que deseamos, no por eso debemos despreciar lo que nos ha llevado algún trabajo.

Entrando más a nuestro asunto, diremos lo siguiente: practicando nuestra desinserción del mesenterio, (1) que hemos dado a conocer en la Sociedad de Medicina de Montevideo, había observado el hecho—interesante para nosotros—de la resistencia especialísima que presenta el peritoneo parietal posterior, en dos puntos que señalaremos. Dichos puntos responden a la circunstancia común de que no han recibido sobre sí el *acolamiento* del asa mesentérica común del embrión que sucede a la rotación mesentérica; vale decir, puntos en los que el peritoneo embrionario se conserva en el adulto, y son los siguientes:

El primero es el peritoneo del espacio angular que está comprendido entre la línea media por una parte, y por otra, la inserción del mesenterio, desde el duodeno hasta la fosa ilíaca derecha. Es un espacio angular, abierto hacia abajo, en cuya dirección se ensancha, llegando hasta los pelvis.

El segundo es el peritoneo supra-angular cólico derecho,

(1) *Revista Médica de los Hospitales*, año 1918.

pre-renal, que va, en el sentido vertical, desde el mesocolon hasta la hoja inferior del ligamento coronario del hígado, y en el sentido transversal desde el duodeno hasta la inserción del ligamento cólico parietal del ángulo hepático del colon. La resistencia tan grande de este peritoneo pre-renal, hemos querido explotarla en un método personal de nefropexia, ya publicado.

El espesor del peritoneo de la zona descripta en primer término, nos ha también servido para explicar por qué, en los casos de torsión de quistes del ovario derecho, con arrastre del ciego o del apéndice consecutivo a la tracción que el ovario al torcerse verifica sobre el peritoneo ilíaco; el peritoneo del espacio angular que señalamos, con el uréter que adhiere a él en la pelvis, no participan de la torsión (publicación del doctor Nario: "Revista Médica del Uruguay", 1918).

Volvamos a nuestro peritoneo pre-renal, que es el que en este momento nos interesa más esencialmente: Decíamos que hacia arriba este peritoneo se continúa con la hoja inferior del ligamento triangular derecho. En el momento de reflejarse sobre la cara inferior del hígado adhiere de un modo íntimo a la cápsula de Glisson, deprimiéndose en ese punto sobre el polo superior del riñón, de modo que tiende a cerrar la logia renal, sin hacerlo completamente, pues hacia arriba de su reflexión la "fascia" de Zuckerkandl se continúa por detrás del hígado para perderse en esa región.

Manera de estudio. — Nosotros hemos comenzado por constatar prácticamente esa continuidad de la logia renal hacia arriba, de la hoja inferior del ligamento coronario de la manera siguiente: Practicamos una incisión sobre el peritoneo pre-renal, — incisión horizontal, a la altura de la unión del tercio superior del riñón con los dos tercios inferiores. De los dos labios de esta herida peritoneal dejamos de lado el inferior y disecamos el superior, primero con algún instrumento y después entrando la yema de los dedos de una mano, y practicamos con ella un despegamiento tan extenso como las formaciones lo permitan. Obtenemos así por una parte un colgajo peritoneal, que va desde la vena cava hasta el ligamento triangular derecho del hígado.

Si traccionamos fuertemente este colgajo veremos que podemos servirnos de él como de una manija sólida que arrastra el diafragma por la inserción del ligamento triangular, y que además del hígado se exterioriza. La exteriorización de este órgano puede hacerse más efectiva si tratamos de favorecerla colocando la otra mano sobre la cara superior del hígado, entre este órgano y el diafragma, de manera que la víscera quede agarrada entre las dos palmas de nuestras manos, la mano superior en contacto directo con el órgano y la mano inferior al través del colgajo peritoneal pre-renal.

Con esta maniobra, decía, obtenemos la exteriorización bastante amplia del lóbulo derecho del hígado, de tal grado como para hacer abordable con ella una herida de la cara superior, de las que habitualmente son consideradas inaccesibles en las maniobras comunes, y dentro de la vía abdominal.

Pero nosotros hemos podido llegar más lejos en el estudio de esta región, avanzando más en nuestras maniobras. Si en lugar de contentarnos con traccionar nuestro colgajo de peritoneo pre-renal, seguimos la disección a yema de dedos, podemos avanzar de abajo arriba entrando a un espacio despegable colocado entre la cara posterior del hígado (protegida por la cápsula de Glisson), la cara posterior del hígado, repito, y la cara inferior del diafragma, despegamiento que en el sentido vertical alcanza hasta la hoja superior del ligamento coronario.

En el sentido transversal el despegamiento que puede practicar nuestra mano es amplio también. Hacia la derecha lo detiene una fuerte inserción de la cápsula de Glisson al diafragma, pero no inserción directa del Glisson sobre el músculo, sino indirecta, porque, bien analizada la adherencia, puede observarse que es hecha por intermedio del ligamento triangular al diafragma; intercalo aquí por lo tanto esta afirmación: *La cápsula de Glisson adhiere al diafragma solamente por intermedio del peritoneo; el músculo y la cápsula de Glisson no se penetran absolutamente.*

Hacia la izquierda nuestra mano puede despegar pasando por detrás de la vena cava, y cuando el despegamiento es grande

veremos que la cava se levanta como una cuerda que va desde la vena renal hasta su orificio diafragmático conjuntamente con el hígado levantado, y hay que agregar, también, con las cápsulas supra-renales. Se marca así la razón por la cual las cápsulas no vienen con el riñón en las nefrectomías. Ellas son más solidarias de la cava y del peritoneo pre-renal que del riñón.

Hemos obtenido que la cara posterior del hígado y la vena cava estén separadas del diafragma por un espacio celular despegable, limitado hacia el lado extremo por la adherencia fuerte del ligamento triangular, al diafragma. La cápsula de Glisson del área del ligamento triangular, sólo por intermedio de este ligamento, se fija el diafragma. Pero la cápsula de Glisson se fusiona íntimamente con los dos surcos que forman la hoja superior y la hoja inferior del ligamento coronario, reflejándose respectivamente sobre las caras superior e inferior del hígado.

Despegamiento del lóbulo derecho del hígado. — Las dos hojas del ligamento coronario, vistas de la manera que nosotros hemos seguido, están muy lejos de parecer una misma formación que los tratados invariablemente nombran juntas. Mientras que la hoja superior es delgada y fácil de desgarrar con la sola presión de un dedo, que de ese modo penetra al espacio subperitoneal retro - hepático, la hoja inferior es sólida, es la que une el hígado al peritoneo pre - renal de que ya hemos hablado. La presión del dedo a su nivel rompe más bien que el ligamento el tejido hepático vecino.

Pero el hecho de haber adquirido que la cara posterior del hígado, dentro del área del llamado ligamento coronario, esté separada del diafragma por un plano de tejido celular fácilmente despegable, debió llevarnos a estudiar la posibilidad de la separación completa del lóbulo derecho del hígado, que encontramos posible de la manera siguiente: La sola presión digital sobre la hoja superior del ligamento coronario, rompe esta hoja, llevando nuestros dedos al plano de clivage retro - hepático diafragmático. La hoja inferior que ya conocemos, resistente, exige ser seccionada para llevarnos primero a plena logia

renal, y sólo después, esto es, despegando de abajo a arriba al clivage retrohepático.

Nos falta el ligamento triangular derecho; si nosotros pretendemos seccionar este ligamento, para entrar al clivage, lo erramos casi fatalmente; pero en cambio después de haber entrado a la logia, al través de los ligamentos coronarios, tal como lo hemos expuesto, nos será fácil despegando de izquierda a derecha, llegar hasta el ligamento triangular que podremos seccionar. — Con eso habremos seccionado todas las conexiones peritoneales que fija el lóbulo derecho a la pared, — y este lóbulo podrá ser movilizado basculando sobre la vena cava como eje.

La unión del hígado al diafragma exige, por lo tanto, para ser destruída, seguir las maniobras de separación de izquierda a derecha; resulta, pues, parecida en cierto modo al despegamiento del mesenterio, el cual debe ser hecho en el mismo sentido, porque iniciada de derecha a izquierda, como cuando se extirpa el ciego, y siguiendo el plano, nos encajonamos en la región retro - peritoneal, y el mesenterio queda fijo. Esta analogía no dejará de tener interés.

Significación de las hojas del lig. coronario. — Embarcados en el despegamiento del hígado, que quisimos perseguir con su indecolabilidad, creímos que de nuestros múltiples y caprichosos desgarros arrancaba un nuevo concepto del peritoneo hepático. No sé ya a esta hora cuál fué la causa que orientara mi meditación en ese sentido, o si nos fué impuesta por los hechos, es el caso que, como ya dije, *las dos hojas del ligamento coronario han quedado deshermanadas en su significación anatómica para nosotros. En el peritonéo hepático todo el valor está en la hoja inferior del ligamento coronario, — la superior decae en mérito y la inferior realza a nuestra vista su significación. Ella, la hoja inferior, es lo que cierra arriba la logia renal. — tiene intimidad de relaciones con la cápsula supra - renal, fija la cava y reflejándose sobre el hígado, al que mantiene sólidamente, es ella la que debe gobernar la modalidad de la movilización del hígado, que debe hacerse como se comprende en todas partes menos en ese punto.*

¿Qué podríamos encontrar de favorable o no para nuestro concepto en la embriología del hígado? Es indudable que el estudio embriológico de este órgano no ha sido orientado en el sentido que más pudiera interesarnos, pero en lo hecho, aun con fines distintos, hay base para consolidar nuestra concepción.

La embriología dice que el hígado nace en el mesogastrio anterior, y en el llamado *septum transversum* de His, pero él recibe su arteria, que viene de la región retro - peritoneal posterior, (la hepática pasando por la derecha del tubo digestivo). Las venas supra - hepáticas llevan la sangre del hígado, sangre hepática, a la región retro - peritoneal posterior (vena cava). Luego, pues, este órgano del mesogastrio anterior evoluciona precozmente, relacionándose con el peritoneo posterior y más tarde define más sus relaciones por la aparición de la cavidad hepato-entérica (retro-cavidad de los epiplones).

Pero el septun transersum da también origen, como se sabe, al diafragma; — vale decir que hígado y diafragma primero unidos deben separarse más tarde, así vemos que el celoma invade entre los dos órganos, partiendo del borde anterior del hígado en un fondo de saco, que en la parte media detendrá la vena umbilical imponiendo la aparición del ligamento suspensor, y el límite más profundo de este fondo de saco a cada lado del ligamento suspensor representará la hoja superior del ligamento coronario. Luego, pues, este ligamento es el fondo de un divertículo celómico inter - hepático diafragmático, — y nada más, su aparición es relativamente tardía. Resulta así que el peritoneo supra - hepático no está gobernado en su crecimiento por ningún órgano importante y que deriva del meso - gastrio anterior.

El peritoneo de la cara inferior del hígado, en cambio, representa por su nivel de colocación una región importante, es el punto más alto del peritoneo parietal posterior, a su altura una depresión celómica inter - hepática renal marca el límite superior de la logia renal, — de allí para arriba se refleja sobre el hígado, como hoja inferior del ligamento coronario, — pasa

también delante de la vena cava, reflejándose sobre el hígado, — ligamento hepático - cava, — además tiene conexiones primitivas con la cápsula supra - renal, que parece nacer en parte a expensas de este peritoneo.

Por último este peritoneo es el que responde a las conexiones vasculares del hígado por la cara inferior. Decíamos que el hígado recibe por ella su arteria, pero, además, la vena umbilical que va a la porta y a la cava por el canal de Arantius, fijando su cara inferior a la cava, y por último la porción de vena cava que recibe las hepáticas y que va desde el riñón al hígado. Esta parte de la vena cava nace a expensas de los capilares del lóbulo de Spiegel; el segmento inmediatamente superior, hasta el corazón, nace a expensas del llamado tronco común de las venas eferentes del hígado, y el segmento de vena cava inmediatamente inferior nace a expensas de la vena longitudinal del cuerpo de Wolff. (1)

Ahora bien, el tronco común de las venas eferentes del hígado va desde el hígado hasta el corazón y estando el corazón en el mesogastrio anterior, este tronco resulta ser un vaso esplácnico. El segmento inferior, wolfiano, órgano retro-peritoneal, es un vaso parietal, somático: luego, pues, el segmento hepático de la vena cava, interpuesto entre los otros dos, resulta ser el puente de unión entre un órgano esplácnico y un órgano somático. La continuidad a ese nivel de un vaso esplácnico con un vaso somático, exige el levantamiento del peritoneo que los recubre, y como ese peritoneo es el que corresponde al nivel hepático - renal, es él el que establecerá la conexión de los dos órganos, es la hoja inferior del ligamento coronario. Tal es la significación de esa hoja a la que pretendemos conferirle una alta dignidad anatómica.

---

(1) Véase la Embriología.

Vía de acceso lateral a la amígdala [1]

La manera como nosotros encaramos esta intervención puede, sin duda, responder a la situación que me ha tocado ocupar en la Facultad de Montevideo. El puesto que desempeño responde al título de profesor de Anatomía Topográfica y Técnica Quirúrgica, y tal vez por esa circunstancia, digo, es que yo trate de considerar, en un mismo asunto, alguna parte de la cirugía relacionada con la faringectomía, con los fundamentos anatómicos y topográficos en que descansa.

Si actualmente esta manera de concebir está generalizándose cada vez más en cirugía, me complazco en poder declarar que en 1912, en publicaciones personales, defendimos esa tendencia que habíamos, por otra parte, iniciado seis o siete años antes que las mismas publicaciones en nuestra enseñanza de la Facultad.

Ahora bien; pensamos nosotros que en los tratados y otras descripciones de revistas que hemos consultado, no se insiste ampliamente en los detalles que puedan facilitar en cierto modo, la intervención que nos ocupa, o por lo menos no se insiste de la misma manera que en otras intervenciones, como ser: extirpación de mama, de píloro, de útero, etc.

Para el tema presente queremos aclarar que lo especializamos a las intervenciones de la faringe bucal, por lesiones de la que ha sido llamada *l'arrière bouche*, y, generalmente, por cáncer.

Dentro de las técnicas posibles, tratamos solamente la vía lateral cervical, sin discutir las otras, tales como las de Sedillot - Krause de sección mediana del maxilar (que no aceptamos, porque no se tiene acción sobre los infartos ganglio-

(1) Resumen de la conferencia dictada en el anfiteatro del Instituto d Anatomía Normal y Medicina Operatoria de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires por el profesor doctor Lorenzo Mérola, el 30 de Junio de 1920.

nares), ni la de Witehed, vía bucal, que pudiera también considerarse insuficiente, aunque declaro que en cierto modo tengo tendencia a considerarla buena.

Comenzaremos por tratar de la incisión cutánea:

En un trabajo muy documentado de Orlou, *Revista de Cirugía,* de 1903, pueden encontrarse incisiones variadas para esta intervención. Langenbeck, Krause, Palaillen, etc., tienen cada uno la suya. Las hay en forma de L mirando hacia atrás, partiendo de la comisura labial hasta el ángulo del maxilar, en ⅃ o ele mirando hacia adelante, o también en esta otra: ˥ en V abierta hacia arriba, o en forma de ⌣ cóncava también hacia arriba. Por nuestra parte, creemos que todas las incisiones propuestas pueden resultar buenas, siempre que permitan la extirpación de los ganglios del cuello, (cadena carotidea), porque para los otros tiempos de la operación, la retracción del colgajo cutáneo siempre será posible como para hacerlo suficiente. Hojeando bibliografía se observa que a medida que los cirujanos han practicado mayor número de intervenciones, se encuentran cómodos con incisiones cada vez más pequeñas. Por nuestra parte, creemos que la luz del campo operatorio, se obtiene de otra manera que con la forma de incisión, especialmente de la manera de tratar el plano aponeurótico, como en seguida veremos.

Tratamiento del plano aponeurótico. — Este tiempo es para nosotros uno de los que deciden de la mayor o menor facilidad de acceso a la región lateral profunda y alta del cuello.

Entendemos que, cualquier cirujano y con cualquiera incisión, que no permita exponer y seccionar debidamente la llamada bandeleta maxilar del externo cleido mastoideo no podrá realizar convenientemente el tiempo tan fundamental de la extirpación del paquete gangliolar. Juzgamos, como digo, fundamental la sección de esa bandeleta que en nuestras clases llamamos (imitando un término clásico en la desarticulación Lisfranc) la llave del cuello. Es, en efecto, dicha sección la que nos va a permitir alejar los cuatro obstáculos existentes para entrar a la profundidad, obstáculos que son: 1.°, la glándula submaxilar; 2.°, las parótidas, que separadas por

el tabique submaxilo parotideo en la profundidad, tocan la bandeleta en la superficie; 3.°, el músculo externo cleido mastoideo, y 4.°, el ángulo del maxilar inferior. Los tres primeros obstáculos, representados por partes blandas, se movilizan ampliamente con la sección de que hablamos. El cuarto, más resistente, puesto que lo forma el maxilar, no cederá tanto, razón por la cual debe ser tratado de otra manera (extirpación sección); pero con todo, también se consigue alejarlo en parte.

Tercer tiempo. — En ese tiempo se hará el vaciamiento gangliolar a fondo, con ligadura de la arteria carótida externa o sus ramas, — extirpación de la glándula submaxilar, — tiempo, sobre cuyos detalles, no tengo ninguna particularidad que señalar en este momento.

Cuarto tiempo. — Sección o resección del maxilar. Aquí se presenta entre los cirujanos la misma variedad de opiniones que para la incisión cutánea. Algunos creen que sólo es necesaria la sección de la rama del maxilar con separación forzada de los fragmentos, que serían suturados al final de la operación. Otros prefieren la resección, ya sea de la rama montante, ya del ángulo, o ya también de una mitad del maxilar.

La supresión del obstáculo maxilar, soluciona indudablemente gran parte de las dificultades operatorias; pero creemos nosotros que las ventajas mayores de la extirpación están en la facilidad más grande que se tiene para rehacer la región, una vez terminada la extirpación del mal, utilizando las partes blandas de la profundidad y de la superficie en un block único, cosa que no es posible, persistiendo el maxilar interpuesto sobre todo para los casos en que la exéresis, ha sido muy grande.

Para nosotros el dominio del campo operatorio para el tiempo de exéresis, lo da más bien el conocimiento y la buena utilización de la anatomía de la faringe, que la misma sección del maxilar; esta afirmación nos lleva a tratar la sección de lo que nosotros llamaríamos la segunda llave del acceso a la faringe. Llegado aquí, quiero hacer notar a los alumnos, como

esta operación toca regiones variadas de la Anatomía Topográfica, la paroteídea submaxilar - carotidea, hasta ahora, y en adelante tendremos que penetrar al espacio maxilo - faríngeo por una parte, y por otra a la mejilla y fosa zigomática, por inevitable imposición de la arquitectura de la región en que nos encontramos. Para no perderse en esta operación, es necesario el conocimiento previo de todas esas regiones; pero también resulta que el ensayo de esta técnica contribuye de un modo eficaz al conocimiento de una anatomía topográfica sintética.

Es verdad esto, de tal manera, que para el que piense que estas grandes intervenciones no deben practicarse haríamos nosotros la observación, de que la utilidad que puede prestar en el sentido que dejamos señalado, es la mejor manera con que podemos responder al consejo del gran sabio Farabeuf (hay que aprender a practicar lo más difícil para estar seguros de practicar lo menos). Porque el que sabe practicar bien una faringectomía, es poco probable que se pierda operando en estas regiones, y si en algún momento, durante una intervención las circuntancias lo obligan a ser emprendedor, podría serlo con mayor conciencia y por lo tanto, tranquilidad!

Nos toca ahora señalar alguna particularidad de la arquitectura de la faringe.

Este órgano forma una gotera abierta hacia adelante, constituída por una capa fibrosa reabierta en la superficie interna por una mucosa en continuidad con los órganos vecinos. Su cara externa casi completamente cubierta (paso por alto los detalles) por el plano muscular de los constrictores.

Interesa, particularmente, la inserción anterior de la gotera faríngea fibro - muscular (porque más inferiormente, en la faringe laríngea, la mucosa forma un círculo completo), gotera fibro - muscular, que de arriba a abajo se inserta: en el borde posterior del ala interna de la apófisis pterigoides (inserción ósea fija); después en la llamada aponeurosis bucinato - faríngea, por ser inserción común con el músculo bucinador (músculo de la mejilla, inserción móvil); o tam-

bién ligamento pterigo-maxilar; después, por lo tanto, la faringe se fija al maxilar inferior (inserción fija). Esta inserción constituye la 2.ª llave de acceso a la faringe); después la gotera se continúa con la mucosa del piso de la boca, en la distancia que va desde el maxilar inferior al hueso hioides (inserción móvil, si cabe el nombre de inserción), y después, por último, la gotera se fija en los cartílagos de la laringe, para más precisión).

Estamos, así, en situación de apreciar, porque la inserción de la faringe en el maxilar (inserción fija, colocada entre móviles), tiene una gran importancia. Mientras la inserción en el maxilar está conservada, las partes móviles que están arriba y abajo, están tensas; pero seccionando esta inserción (5.° tiempo), la laringe podrá movilizarse desde la pterigoides (velo del paladar) hasta el hioides. Es por eso, que la supresión del maxilar es tan conveniente en esta operación, porque, para los efectos de movilizar la faringe, tanto da suprimir el maxilar en que ella se inserta, que desinsertarla pura y simplemente. Se entiende así nuestro modo de pensar respecto de la sección o supresión del maxilar inferior—supresión es luz en el campo operatorio; supresión de obstáculo, pero es, sobre todo, posibilidad de movilizar la faringe y esta movilización puede obtenerse con sólo la desinserción faríngea. Me explico, así, que los cirujanos hábiles, conscientes o no de esta razón de la movilización, puedan haber prescindido de la acción sobre el maxilar inferior. Sin contar con que, a veces, la participación de este hueso en la enfermedad, haya dejado de lado el problema. Tal es nuestra opinión; la concretaríamos así: extirpación de faringe, posibilidad, es movilización del punto fijo maxilar (porque hace flotar las zonas móviles, superior e inferior), movilización del punto fijo maxilar, es sección de inserción externa de la aponeurosis bucinato-faríngea, y esa sección moviliza también la mejilla ¿por qué?

La mejilla, partiendo de la comisura y yendo hacia atrás, es primero una capa única mucosa muscular (bucinador) y cutánea; la piel se dirige hacia atrás, continuándose sobre el

músculo maseter y en el cuello; la mucosa con el músculo bocinador, se continúa con la mucosa faríngea y los músculos constrictores. La separación entre la piel y la mucosa forman la fosa zigomática y alojan el maxilar inferior con los músculos que lo cubren (maseter y pterigoideo externo); es por eso, que movilizar la faringe, es movilizar la mejilla y poner en continuidad la fosa zigomática con la región sub maxilar, piso de la boca, región lateral de la lengua.

CONCLUSIONES

1.° Tratamos que las faringectomías puedan beneficiar de la aplicación de una técnica anatómica, como la que tantas ventajas ha dado para la cirugía del recto, útero, píloro, etc., porque seguridad anatómica, es seguridad de acción y a condiciones iguales, disminución de traumatismo.

2.° Queremos marcar los puntos anatómicos fundamentales para la técnica, precisando el concepto de la mejilla y de sus relaciones con la faringe, poniendo de relieve y marcando la importancia de la segunda llave, inserción maxilar de la aponeurosis - bucinato faríngea,—aponeurosis bucinato - faríngea.

3.° Marcamos la importancia de la bandeleta maxilar del externo cleido - mastoideo, como llave de acceso a la profundidad, en la región recto - ángulo - maxilar y lateral de la faringe.

Esperamos que esta cirugía, que tuvo éxito (cuando las nociones apuntadas no estaban al parecer, señaladas), éxitos, sólo en manos de cirujanos de gran talla, puedan ser posibles, utilizando estos conceptos, dentro de la acción de operadores más modestos.

Aula de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria

(Informe correspondiente al curso de 1914, presentado al Decano de la Facultad)

Es indudable que lo primero que tiene que lamentar, entre nosotros, el que llega a ocupar el puesto de Profesor, es la falta de informes de los antecesores, que pudieran inspirarnos en la confección de nuestros programas y método de enseñanza. Recibo por tanto con placer la circular del señor Decano, que pide a los profesores un resumen de la orientación que han dado a sus cursos, y me es grato poner en las primeras líneas de mi exposición, mis felicitaciones al señor Decano en reconocimiento a la obra útil que inicia.

Durante el año 1913 el doctor Carlos Vaz Ferreira, fué objeto de un importante homenaje de parte de sus discípulos y admiradores, que dedicaban a sus condiciones de profesor. Agradecía el doctor Vaz Ferreira la demostración con un profundo discurso, del que retuve una idea, que quiero recordar aunque cometa el agravio de desfigurar la forma.

"Los estudiantes han querido tener una idea exagerada de " mis condiciones y me parece bien fomentarlas, no por lo " que para mí signifiquen, sino por las ventajas que trae a " los alumnos, el poder de sugestión que puede derivar de esa " opinión elevada; opinión que lo colocaría ante sus discípulos, " en la situación de la realidad misma".

Y bien señor Decano; mucho es de lamentar que la exageración de opinión de parte de los estudiantes no alcance a mayor número de profesores... y a todos; y es tanto más deseable porque la mayor parte de los profesores encuentren en el ambiente (los que no son Vaz Ferreira) disposición para la *contrasugestión.*

Esa especie de sugestión a la inversa que fácilmente percibe el profesor, significa en él una falta de estímulo, de conse-

cuencias perniciosas para la enseñanza, porque se pierde el beneficio del entusiasmo que deriva de la simpatía entre el profesor y los alumnos.

Ruego al señor Decano perdone la digresión, que es la impresión de un catedrático que ha hecho su primer año de curso — el ambiente de nuestros alumnos suele ser desfavorable y parece exigir al profesor que se inicia, la suma de condiciones que sólo puede dar una larga actuación en la cátedra.

El que no demuestre aptitudes desde el primer día, sufre los efectos de la sugestión a la inversa, que perjudica la evolución de las mismas aptitudes.

En mi programa del curso de operaciones, tienen un lugar preferente las ideas que defiende y el método que sigue Robert Picqué en su "Tratado práctico de Anatomía quirúrgica". Un juicio de esa obra (texto obligado del curso) sería superfluo: difícil hacer a su respecto alguna observación que no esté señalada con el prólogo de la obra, que suscribe el profesor Mignon; de modo que para fundar nuestro programa, nos bastaría con transcribir ese prólogo, y si decimos más, es por la circunstancia de encontrarse en pleno acuerdo con nuestra tendencia. No hay aquí una simple afirmación sin fundamento; nos remitimos para probarlo a nuestra publicación sobre: "Los grandes planos de clivaje del organismo", "Revista de los Hospitales". Un año anterior a la publicación de la obra de Robert Picqué.

La tendencia de la obra, como la muestra en la cátedra, busca hacer buenos operadores, pero no buenos operadores en el sentido pobre, de mover bien las manos, "c'est tout autre chose"; buscamos subordinar la operación a nuestros planos "planos de clivaje"; a lo que Picqué llama "vías quirúrgicas". Vía quirúrgica significa, conocimiento sintético de las regiones anatómicas; un conocimiento relacionado al estado actual de la ciencia quirúrgica, puesto que las vías elegidas

lo son: por una parte de acuerdo con la anatomía de conjunto, de la región; y por otra parte con las exigencias de tal o cual operación, y a menudo existe armonía entre esos dos factores.

Para ser buen operador, hay que tener un amplio conocimiento de toda la hermosa arquitectura de las regiones, que es hermosa sólo cuando se conoce y se sabe comprender.

Con Mignon la parte más importante de la operación es, a menudo, llegar hasta la lesión. Dice: en la mayor parte de los casos, es más difícil levantar un colgajo craneano, que tratar la lesión que lo motiva; levantar un colgajo torácico, que poner una pinza sobre un vaso que sangra dentro del torax. Yo diré: una gastro enterostomía se termina casi con el conocimiento anatómico, el resto consiste en saber coser un poco. Pero está lejos de ser simple el conocimiento de las vías quirúrgicas; la concepción de Picqué significa un gran hallazgo. (Nombro frecuentemente a Picqué, porque su concepto de la anatomía quirúrgica es el fundamento de nuestro programa y es también nuestra tendencia personal. Creo tener coincidencia de ideas con el citado autor, y creo que para comprenderme exactamente es preciso conocer su libro, que repito es texto obligado de mi clase).

Para el que estudia no es fácil alcanzar el conjunto regional. Tiene que empezar por conocer la anatomía de detalle, estudiar cada músculo aisladamente, disecar los espacios de separación entre los músculos, espacios en que están colocados los vasos y nervios y que frecuentemente tiene que seguir el cirujano.

Claro que nuestros consejos no bastan para ser buenos operadores; el arte y el conocimiento se adquieren trabajando en el cadáver, y trabajando mucho.

Considero un deber recordar que el doctor Oliver aconsejaba, en sus clases, las incisiones clínicas, que él relacionaba a las indicaciones operatorias.

Las "incisiones clínicas" son nuestras vías quirúrgicas pero nosotros queremos ampliar su extensión; queremos hacerlas también vías de aprendizaje (de técnica) de la anatomía sin-

tética, aconsejarlas como vías a seguir en el estudio anatómico—sabemos que aún conociendo bien la anatomía, alguna enseñanza se saca cuando se practica por primera vez una nueva vía.

Ser buen operador, no es todo, aunque es ya bastante, y para dar a conocer mi modo de pensar, repetiré un párrafo del formidable Ollier con motivo de las incisiones exploradoras.

Hay que tratar, en primer término, de hacer diagnóstico; dispensarse de ello es una práctica que tiende nada menos que a transformar al cirujano en un simple operador, y hacerle perder las cualidades de clínico y patólogo que realzan su arte! Si a la menor duda se toma el bisturí para practicar una resección, se hace una cirugía bárbara que el éxito no puede justificar; dejemos a otros que abusen de tales incisiones; nosotros las dejamos para los casos en que después de los razonamientos necesarios queden todavía dudas que no conviene dejar subsistir en el interés del enfermo. Igual razonamiento se aplica a nuestro entender para el abuso de las laparatomías exploradoras.

Buen operador, no es todo, pero hay que empezar por serlo, para ser todo, para poder alcanzar los otros conocimientos que se necesitan para poder curar por medio de una operación; para alcanzar el título de cirujano.

El título de cirujano no reside indudablemente en la escrupulosidad o habilidad pura como tampoco justifica el nombre de maestro al que conozca una minucia clínica. Hay una alta ciencia quirúrgica, que maneja el gran profesor, como existe un gran arte que maneja Rodín; pero para llegar a él, Rodín empezó por hacer molduras en las fachadas de edificios, que cuentan no eran de ninguna manera los frisos del Partenón.

Las vías quirúrgicas se aprenden en el cadáver; la indicación en la clínica. Asume, es indudable, una grave responsabilidad, el que contrae la obligación de enseñar. En la tarea todos creemos llenar debidamente el rol, y sólo algunos lo llenan de hecho. Por mi parte, afronto un poco la crítica, dando a conocer mi práctica. Hace poco tiempo escribía un programa a realizar; pero en la práctica que se vive, las cosas no pasan

como quieren los programas. Para los miembros, comencé por creer que mi rol debía consistir en enseñar anatomía quirúrgica y técnica quirúrgica; desprecio un poco la anatomía de excesiva circuscripción regional, por lo menos las veces que el pequeño detalle no tenga un interés quirúrgico bien definido.

Muestro las ligaduras de arterias en las distintas regiones de los miembros, y las de los nervios, para unir después todas las incisiones, demostrando que forman en definitiva una serie de puntos de penetración a distintas alturas, de un mismo gran plano de clivaje, célulo vascular intermuscular.

Después estudio las desarticulaciones, siguiendo la manera de Farabeuf. Exposición previa de la anatomía articular del punto de vista de la operación a practicar, practicando preferentemente operaciones anatómicas; ejemplos: en la cadera, procedimiento Farabeuf Rosen.

Después de las desarticulaciones pasamos a las vías de penetración en las articulaciones artrotomías simples persiguiendo todavía el fin del estudio de la anatomía periarticular. Por ejemplo: en el codo estudio las vías anteriores latero bicipitales — las vías laterales, interna y externa — las vías posteriores, mediana y latero olecraneanas. Doy el mayor desarrollo posible a estas artrotomías, porque son las que obligan el conocimiento de los espacios intermusculares periarticulares; con esto, considero terminado el estudio sintético de la anatomía de los miembros.

En ese momento estoy en condiciones de entrar al estudio de las resecciones: pero esta vez señalando las ventajas de los distintos procedimientos, su posible aplicación, teniendo en cuenta las lesiones y también algo de indicaciones. Después, descripción especial de procedimientos ya fáciles de comprender a esa altura del curso; y cuando ha terminado ese último, paso por todo el miembro; considero a mis alumnos prontos para vivir solos, porque supongo que además durante la mañana concurrían a una clínica quirúrgica donde frente al enfermo atienden al profesor y siguen la evolución de los casos y meditan.

Se comprende que destino la clase a los que quieren aprender, no a los que tienen como principal ocupación, saber si el Bedel pasó lista, para retirarse.

Farabeuf, talento único, es imprescindible en la cirugía de los miembros; desgraciadamente su palabra nos falta en el resto de la cirugía; termina su libro diciendo: la técnica de las operaciones nuevas, me es muy extraña para que yo me mezcle a enseñarla. Deseo ardientemente que algún cirujano más joven que yo haga para las operaciones que no describo, lo que yo he hecho para las que conocía suficientemente. Y bien: los jóvenes cirujanos que Farabeuf deseaba han aparecido; es indudable que Farabeuf los preveía y es a ellos que he tratado de seguir.

La cirugía torácica, la abarco en general, mostrándola como casos de resecciones temporarias o definitivas, como vías de acceso a la cavidad, estudiándolas en las distintas regiones; pleuro pulmonar — mediastino anterior y posterior — de modo que mi tarea se redujo a un estudio, rápido y general, dejando al estudiante en condiciones de abarcar el estudio de detalle.

La cirugía medular, la inicié con el estudio anatómico: Topografía vértebro - medular, y anatomía quirúrgica — después pasé a tratar las operaciones medulares, relacionándolas a su tiempo común; la laminectomía, para después pasar a los detalles de las operaciones.

Igual conducta seguí en cirugía craneana, del cerebro en especial; pues, en mi programa no hago entrar, ojos, ni oídos, nariz, etc.

En la cirugía abdominal — primero estudio anatómico grande y vías de penetración a la cavidad y distintas regiones.

Paso después al estudio anatómico quirúrgico especial de cada órgano, estudio que tuve que interrumpir, por terminarse el año escolar y recomenzaré en mi próximo curso.

Entre las necesidades de la enseñanza, de relativa estabilidad y el profesor capaz de evolucionar en sus condiciones,

hay una cierta divergencia; por eso creo que aquel que amplifique sus conocimientos, se encuentra conducido naturalmente a modificar su programa y a desplazarse; pasa así en nuestro curso, a diferencia del profesor de clínica, en quienes la estabilidad es tanto más justificada, cuanto más aumenta su saber, porque se comprende que la capacidad de observación se aumenta indiscutiblemente cuando se domina más ampliamente la cirugía. El prolongar estos razonamientos nos llevaría fuera de nuestro asunto, pero volveremos a él para recordar que las condiciones íntimas del profesor entran por ancha parte en la transmisión de los conocimientos, por más que es cierto también que es preciso abundancia de conocimientos.

Dos profesores franceses, Roux y Mechnikof, se dice, acostumbran escribir un programa del tema que van a desarrollar. Roux sigue fielmente el suyo durante la exposición rigurosamente ordenada. Mechnikof, en cambio, parece desobedecerse a sí mismo, porque al tiempo de hablar, las asociaciones propias de su talento, lo llevan en todo momento por una ruta imprevista y de aparente desorden; y si el método del primero es bueno — también es bueno estar frente a la resultante útil del choque de las ideas de Mechnikof en el momento de clase.

En la vía que más arriba señalaba, creo prestar algún beneficio en la cátedra. Es indudable, repito, que un espíritu hecho para el desenvolvimiento, no puede quedar petrificado, ante las invariables exigencias de un curso de aprendizaje quirúrgico. Si fuera posible formar escuela, tener ayudantes, que después de gustar de la tendencia del profesor, pudieran reemplazarlo, el profesor, entre tanto, por evolución necesaria, abandonaría en sus manos el programa de técnica pura, para atender su propia transformación en profesor de alta cátedra, amplio de preparación, que sabe conocer las afecciones y tratarlas, y cuándo debe tratarlas, dominando perfectamente la técnica. Pero llegado ese hombre, tal vez el espacio que se impone para contenerlo sería una sala de clínica quirúrgica, el desenvolvimiento le habría creado la necesidad de desplazarse, su lugar quedaría libre para los que lo supieron seguir.

He señalado mi tendencia en la clase; antes de terminar,

enumeraré la mayor parte de los temas tratados; son clases prácticas en el cadáver.

DESARTICULACIONES EN GENERAL

Método circular y a colgajo.

Ligaduras de arterias, miembro superior, inferior, cuello.

Desarticulaciones: Dedos de la mano, pie, metatarsianas.

Metacarpeanos. Puño y transversales de la mano. Linfrank y transversales del pie, Codo, Hombro, Sub. astragalina, Tibio tarseana, colgajo Farabœuf. Rodilla, Cadera. Operaciones osteoplacas de la pierna. Operaciones del tarso posterior. Ricord, Quenu Tauber Sanckoc. Artrotomías: hombro, codo, puño, cadera, rodilla, tibio tarseana.

Resecciones en general: Del hombro, codo, puño, cadera, rodilla, pie.

Cirugía del torax en general: Los colgajos torácicos y transpleurales. Cirugía del mediatum anterior y posterior.

Topografía: vértebra medular.

Operaciones que se practican en la columna vertebral y en la médula. Raíces posteriores, operación de Forster, Francki Sicard Van Geuchten.

Laparotomías: verticales, transversales. Vías de acceso sobre el riñón y fosa retro peritoneal. Vías de acceso al estómago e hígado. Gastrotomías: los distintos procedimientos. Gastrectomías, etc.

Aula de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria

(Informe correspondiente al curso de 1915, presentado al Decano de la Facultad)

"La memoria de la Facultad" aparecida en el comienzo de este año, ha quebrado el casi invariable silencio de nuestros profesores sobre los métodos de enseñanza seguidos en sus cursos. Aplaudiendo una vez más la iniciativa que afortunadamente he juzgado saludable, vengo a molestar la atención del señor Decano con este nuevo informe, en que anoto los temas que he tratado en mi curso de operaciones durante el corriente año, y la manera de encararlos.

Diré primero que: respetando la orientación primordial que como se comprende, debe tener todo curso, y de acuerdo con el fin nuestro, he hecho clases prácticas de anatomía y técnica quirúrgica, y aconsejado a diario a mis alumnos el ejercicio constante de la manualidad operatoria, demostrándoles cómo se pasa, desde la sorpresa interesante y la dificultad de una vía quirúrgica, por primera vez seguida, hasta la familiaridad y facilidad que nace de su repetición.

Los he conducido de acuerdo con esta creencia: Habilidad manual, anatomía quirúrgica y técnica operatoria completan un buen operador; les he hecho saber, que es fácil llegar a serlo, mientras se es alumno y que sólo con esa base se formará después el cirujano, que solamente habrán iniciado, y que completarán con el estudio, la concurrencia diaria a las clínicas, y la acción de los profesores teóricos.

Con eso podríamos haber cumplido nuestra misión, pero creemos haber podido ir más lejos: tratando de evitar el probable peligro de monotonía de un curso unilateral, he presentado en ocasiones, trabajos originales mostrando al mismo tiempo, con

el ejemplo, el campo fecundo que ofrece la investigación a los trabajadores — que erróneamente se considera vedado para nosotros, — y la extensión vasta que puede corresponder a los temas aparentemente más simples.

En ocasiones hemos comentado trabajos extranjeros de reciente aparición, poniendo en nuestro juicio y comprobación práctica toda la sinceridad y capacidad de que disponemos.

En algunas clases teóricas, hemos hecho erudición, a nuestro alcance: consideramos que las grandes lecciones, contribuyen eficazmente a mantener en los discípulos el respeto que la ciencia merece, y la labor que exige, sin contar que son impuestas por la dignidad profesoral.

Frecuentemente, en clase, ha surgido nuestra opinión acerca de la vinculación de nuestra materia, con las demás de la medicina, y las ventajas, cuando no la necesidad de la cooperación del médico puro y el cirujano.

ASUNTOS TRATADOS

Lectura de un informe sobre enseñanza de la asignatura.

Sutura de arterias, clase teórica, aplicación al tratamiento de los aneurismas por el método Mattas.

Sutura de la aorta abdominal de un perro (clase práctica).

Pleurotomía simple y con resección costal.

Toracectomía temporaria y definitiva.

La neumotomía crítica de los procedimientos (conferencia a publicarse).

Intervenciones tóraco-abdominales.

Tratamiento del empicema crónico. — Procedimientos — aplicación de los mismos a la cura de las cavidades pulmonares. — Neumolisis.

Anatomía del mediostino anterior. — Intervenciones.

Anatomía del mediastino posterior. — Intervenciones sobre el exófago y bronquios.

Intervenciones sobre la mama.

Anatomía de la oxila y vaciamiento.

Anatomía topográfica de la médula.

Laminectomía y otras intervenciones en la médula.

Extirpación de la glándula parótida.

Extirpación de la glándula submaxilar.

La vía premastoidea.

Anatomía sintética de las regiones latero - faríngea - carotídea, subclavia y axilar.

Resección del maxilar superior.

Resección del maxilar inferior.

Extirpación de la lengua por vía trasmaxilar. — Traqueotomía.

Intervenciones sobre la faringe — por vía lateral y mediana: supra infra y transhioidea. — Laringectomía.

Anatomía topográfica del cuerpo tiroide.

Tiroidectomías.

Laparotomías.

Creación de un ano contra natura.

Apendicectomía común. — Operaciones difíciles.

Anatomía topográfica de conjunto del abdomen.

Intervención por oclusión intestinal.

Anatomía de la fosa lumbar retroperitoneal.

Vías para abordar el riñón. — Operaciones. — Vías quirúrgicas regionales del flanco (conferencia a publicarse).

Extirpación del ciego y colon.

Gastrotomía, gastrectomía gastro - enterostemías.

Anatomía topográfica del piso supracólico del abdomen.

Vías para abordar los canales biliares. — Ideas personales.

NOTAS A PUBLICARSE

Tejido celular pelvisubperitoneal — logias de la pelvis — (conferencia).

Demostración práctica de la anatomía pelviana.

La vía perineal media. — Extirpación del recto, tiempo perineal.

Extirpación del recto, tiempo abdominal.

Histerectomías por vía abdominal.

Histerectomías por vía vajinal.

Anatomía del uréter pelviano, (trabajo a publicar).

P. S.

Estos trabajos que reunimos en una segunda serie, representan nuestra labor al frente de los cursos de Anatomía y de Medicina Operatoria. Son en realidad los resúmenes de nuestras observaciones en el cadáver y en la clínica.

Para algunos de ellos, ha transcurrido algún tiempo desde que aparecieron. — Nada tenemos que modificar. No es extraño, porque nacieron al contacto de la realidad.

En todo caso podrían ser más extensos, por una parte; y por otra, diré que actualmente seríamos más categóricos en las afirmaciones.

Con ellos me despido del curso de Operaciones. Las anotaciones de un carácter más clínico que pudieran acompañar estos trabajos, serán desarrolladas oportunamente: lo que constituye el deber que me he impuesto para responder a mi situación actual de Profesor de Patología Quirúrgica.

L. Mérola.

Montevideo - 1920.